

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
Departamento de Enfermería



TESIS DOCTORAL

Intervención enfermera en dolor crónico

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Manuela Monleón Just

Directores

Jorge Diz Gómez

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Departamento de Enfermería



INTERVENCIÓN ENFERMERA EN DOLOR CRÓNICO

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA PRESENTADA POR

MANUELA MONLEÓN JUST

Bajo la dirección del doctor

Jorge Diz Gómez

Madrid, 2017

AGRADECIMIENTO

Me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que con su colaboración me han facilitado la realización de este trabajo, y en especial a mi director de tesis, el profesor Jorge Diz Gómez, por su orientación, el seguimiento, la supervisión y el ánimo durante estos años.

A José Luis Aréjula y a Montserrat Hernández por llenarme de datos, y a Pedro Cuesta por su apoyo en el trabajo con ellos. Esto ha sido una cadena, muchas gracias.

También quiero recordar en estas líneas a mis profesores que tanta ilusión me transmitieron por mi profesión. Y a mis compañeras/os, que a lo largo de los años, me han regalado su experiencia y conocimientos, además de buenos momentos que siempre me acompañarán. Entre ellas/os quiero mencionar a: Sol Ochandorena, Paloma Torre, Diego Ruiz, Jaime Royo, Carmen Ferrer, Rosa Arnal, Juana Mateos, Ángel Abad, Pura Cantero, Rafa Domingo, Esther Nieto, Milagros Beamud...y muchos otros hasta llenar miles de páginas. Gracias por el trocito que cada uno de vosotros habéis dejado en mí.

Quiero finalizar agradeciendo a mis padres, Joaquín y Manuela, por tanta dedicación y cariño, como también a mis hermanos Mari Tere y Joaquín; a José Antonio, a Susana, a Marta, a Maite, a Felipe, a Victoria, a Jaume, a Martina y a Guillem...mi gran familia.

INDICE

0. Siglas y abreviaturas	15
1. RESUMEN	17
Abstract	21
2. INTRODUCCIÓN	27
2.1. Cronicidad.....	27
2.1.1. Cronicidad y determinantes de salud	27
2.1.2. Autopercepción de salud de la población	31
2.1.3. Cronicidad y Atención Primaria	34
2.2. Enfermedades crónicas más prevalentes	46
2.3. El dolor.....	53
2.3.1. Antecedentes historicos del dolor	53
2.3.2. Concepto del dolor	56
2.3.3. Clasificación básica del dolor: agudo y crónico	60
2.4. Enfermería y dolor crónico	63
2.4.1. El diagnóstico enfermero NANDA 00133. <i>Dolor crónico</i>	65
2.4.2. La intervención enfermera NIC 1400. <i>Manejo del dolor</i>	73
2.5. Justificación	79
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	83
3.1. Hipótesis	83
3.2. Objetivo general	83
3.3. Objetivos específicos	83
4. METODOLOGÍA.....	87
4.1. Tipo de estudio	87
4.2. Ámbito de estudio	87
4.3. Periodo evaluado.....	87
4.3.1. Para los datos de APmadrid.....	87
4.3.2. Para los datos de cuestionario on-line	88
4.4. Población de estudio	88
4.4.1. Criterios de inclusión	88
4.4.1.1. Datos de APmadrid	88
4.4.1.1.1. Del profesional de enfermería.....	88
4.4.1.1.2. De pacientes	89

4.4.1.2. Datos cuestionario on-line.....	89
4.4.2. Criterios de exclusión	90
4.4.2.1. Datos de APmadrid	90
4.4.2.1.1. Del profesional de enfermería.....	90
4.4.2.1.2. De pacientes	90
4.4.2.2. Datos cuestionario on-line.....	90
4.5. Variables de estudio	91
4.5.1. Del registro APmadrid	91
4.5.1.1. Variable independiente	91
4.5.1.1.1 Datos del paciente	91
4.5.1.1.2 Etiqueta diagnóstica 00133. <i>Dolor crónico</i>	92
4.5.1.1.3. Intervenciones enfermeras de la NIC relacionadas con 00133. <i>Dolor crónico</i> ,	92
4.5.1.1.4. Episodios de la CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) relacionados con 00133. <i>Dolor crónico</i>	92
4.5.1.1.5. Diagnóstico NANDA que coexisten con el de 00133. <i>Dolor crónico</i>	92
4.5.2. Del cuestionario on-line	92
4.5.2.1. Variables independientes	92
4.5.2.1.1. Del profesional.....	92
4.5.2.1.2. Del instrumento/cuestionario on-line	93
4.5.2.2. Variables dependientes	93
4.6. Métodos de recogida de información	94
4.6.1. Fuentes de datos	94
4.6.1.1. Desde HCI de APmadrid.....	94
4.6.1.2. Desde el cuestionario on-line	95
4.6.1.2.1. Pilotaje	97
4.6.1.2.2. Plataforma Typeform©	98
4.7. Análisis estadístico.....	100
4.7.1. Estadística descriptiva	100
4.7.1.1. Medidas de tendencia central: media (M) y mediana (MD).....	100
4.7.1.2. Medidas de dispersión: desviación estándar (DE)	101
4.7.2. Estadística inferencial.....	101
4.7.2.1. t de Student (datos paramétricos)	101
4.7.2.2. ANOVA F (datos paramétricos).....	102
4.7.2.3. Prueba Mann-Whitney (datos no paramétricos).....	103
4.7.2.4. Prueba Kruskal-Wallis (datos no paramétricos)	103
4.7.2.5. Pruebas post hoc	104
4.8. Ética de la investigación	104

4.9. Informe de la Comisión Central de Investigación	105
5. RESULTADOS	109
5.1. Del registro en APmadrid	109
5.1.1. Etiquetas diagnósticas NANDA 00133. <i>Dolor crónico</i>	109
5.1.2. Perfil de la persona con 00133. <i>Dolor crónico</i> (género, edad)	110
5.1.3. Distribución de la etiqueta diagnóstica 00133. <i>Dolor crónico</i>	112
5.1.3.1. Por Dirección Asistencial	112
5.1.3.2. Por centro de salud	113
5.1.4. Comorbilidad relacionada con 00133. <i>Dolor crónico</i>	119
5.1.4.1. Comorbilidad NANDA	119
5.1.4.2. Episodios CIAP	122
5.1.5. Intervenciones enfermeras utilizadas ante el 00133. <i>Dolor crónico</i>	127
5.1.5.1. Intervenciones enfermeras agrupadas por campos y clases	131
5.1.5.2. Intervenciones enfermeras relacionadas con el sexo del paciente	142
5.1.5.3. Intervenciones enfermeras por año de estudio	143
5.2. Del cuestionario on-line: intervenciones enfermeras en el dolor crónico no-oncológico	149
5.2.1. Perfil de las enfermeras de AP (cuestionario on-line)	149
5.2.2. Frecuencia de utilización de las intervenciones enfermeras ante el dolor crónico no-oncológico (cuestionario on-line)	152
5.2.2.1. Intervenciones enfermeras más utilizadas ante el dolor crónico no-oncológico (cuestionario on-line)	158
5.2.2.2. Intervenciones enfermeras menos utilizadas ante el dolor crónico no-oncológico (cuestionario on-line)	162
5.2.3. Relación del sexo de la enfermera con la selección de la intervención enfermera (cuestionario on-line)	164
5.2.4. Intervenciones enfermeras relacionadas con la edad del profesional (cuestionario on-line)	166
5.2.5. Intervenciones enfermeras relacionadas con los años de trabajo de la enfermera (cuestionario on-line)	175
5.2.6. Intervenciones enfermeras relacionadas con tener la especialidad de familia y comunitaria (cuestionario on-line)	180
5.2.7. Registro de las intervenciones enfermeras (cuestionario on-line)	181
6. DISCUSIÓN	187
6.1. Identificación del dolor crónico por la enfermera de AP	187
6.1.1. Frecuencia de 00133. <i>Dolor crónico</i> por Direcciones Asistenciales	192
6.2. Comorbilidad	195
6.2.1. Comorbilidad enfermera	195
00046. <i>Deterioro de la integridad cutánea</i>	195
00155. <i>Riesgo de caídas</i>	196

00001. Desequilibrio nutricional: por exceso	196
00095. Deterioro del patrón de sueño	197
00011. Estreñimiento.....	198
00146. Ansiedad	198
00043. Protección ineficaz.....	199
00132. Dolor agudo	199
Otros diagnósticos NANDA	200
6.2.2. Comorbilidad CIAP.....	200
(L) Aparato Locomotor	200
6.3. Intervenciones enfermeras	201
6.3.1. Intervenciones enfermeras en APmadrid.....	201
Campo Fisiológico: Básico	201
Clase Fomento de la comodidad física:	202
1400. Manejo del dolor.....	202
Clase Fomento de la comodidad física:	203
6482. Manejo ambiental: confort.....	203
Clase Control de la actividad y ejercicio:	204
0200. Fomento del ejercicio.....	204
Clase El Apoyo nutricional:	204
1100. Manejo de la nutrición.....	204
Campo Fisiológico: Complejo	205
Clase Control de fármacos:	205
2210. Administración de analgésicos	205
2380. Manejo de la medicación.....	205
2300. Administración de medicación.....	205
Campo Conductual	207
Clase Potenciación de la comunicación:	208
4920.Escucha activa	208
Clase Fomento de la comodidad psicológica:.....	209
6040. Terapia de relajación	209
5900. Distracción	209
5960. Facilitar la meditación	209
Clase Ayuda al afrontamiento:	209
5320. Humor.....	209
5460. Contacto	209
Clase Educación de pacientes:.....	210
5510.Educación para la salud.....	210

Campo Seguridad	213
Clase Control de riesgos:	213
6520. <i>Análisis de la situación sanitaria</i>	213
6480. <i>Manejo ambiental</i>	213
Campo Sistema Sanitario.....	214
Clase Control de la información:	
8100. <i>Derivación</i>	214
6.3. Intervenciones enfermeras seleccionadas con mayor frecuencia por las enfermeras de AP ante el dolor crónico no oncológico: Cuestionario on-line	215
6.3.1. Perfil de las enfermeras de Atención Primaria (cuestionario on-line)	216
6.3.2. Intervenciones enfermeras más seleccionadas para el cuidado del DCNO (cuestionario on-line).....	216
Campo Conductual	218
Clase Educación de los pacientes:	218
5510. <i>Educación para la salud</i>	218
5616. <i>Enseñanza: medicamentos prescritos</i>	218
5602. <i>Enseñanza: proceso de la enfermedad</i>	218
5606. <i>Enseñanza: individual</i>	218
Clase Potenciación de la comunicación:.....	221
4920. <i>Escucha activa</i>	221
Clase: Ayuda al afrontamiento:	222
5270. <i>Apoyo emocional</i>	222
Campo Fisiológico: Básico	224
Clase Control de actividad y ejercicio:.....	224
0200. <i>Fomento del ejercicio</i>	224
Clase Apoyo nutricional:.....	225
1260. <i>Manejo del peso</i>	225
Campo Fisiológico: Complejo	226
Clase Control de fármacos:.....	226
2395. <i>Control de la medicación</i>	226
2380. <i>Manejo de la medicación</i>	226
Campo del Sistema Sanitario	227
Clase Gestión del sistema sanitario:	
7710. <i>Colaboración con el médico</i>	227
Clase Control de la información:	
7920. <i>Documentación</i>	228
Campo de Seguridad.....	229
Clase Control de riesgos:	

6680. Monitorización de los signos vitales	229
6.3.3. Características de la enfermera de AP que influyen en la selección de una intervención (cuestionario on-line)	230
7. CONCLUSIONES	235
8. BIBLIOGRAFIA	239
9. ANEXOS.....	263
ANEXO 1. Cuestionario on-line	263
ANEXO 2. Carta de presentación del estudio a las responsables de enfermería	281
ANEXO 3. Carta de presentación del estudio a la enfermera/o	282
ANEXO 4. Informe de la Comisión Central de Investigación	283
ANEXO. 5. Diagnósticos de enfermería 00133. <i>Dolor crónico</i> por centro de salud	284
ANEXO. 6. Episodios CIAP relacionados con el 00133. <i>Dolor crónico</i>	296

INDICE DE FIGURAS

Fig.1. Niveles de riesgo	40
Fig.2. Dibujo de René Descartes presente en su libro L'Homme	54
Fig.3. Sistema Nociceptivo.....	61
Fig. 4. Nº de DdE_DC registrados por las enfermeras durante los años 2011 a 2015 en APmadrid	109
Fig. 5. Población de pacientes con DdE_DC ≥ 18 años según sexo	110
Fig. 6. Pacientes con DdE_DC agrupados por edad (años), ≥ 18 años	111
Fig. 7. Porcentaje de DdE_DC por Dirección Asistencial de AP. SERMAS	113
Fig. 8. Mapa de Madrid con el porcentaje de DdE_DC por Dirección Asistencial de AP. SERMAS	113
Fig. 9. Evolución del DdE_DC	119
Fig. 10. DdE_Comorbilidad (I) en el 68% de los casos DdE_DC	121
Fig. 11. DdE_Comorbilidad (II) en el 13,6% de los casos de DdE_DC.....	121
Fig. 12. Episodios CIAP (I) más relacionados con el DdE_DC	126
Fig. 13. Episodios CIAP (II) más relacionados con el DdE_DC	126
Fig. 14. Seguimientos (%) en los planes de cuidados referentes al DdE_DC (n= 3158 DdE_DC)	127
Fig. 15. Sexo de las enfermeras participantes en el cuestionario on-line	150
Fig. 16. Edad de las enfermeras participantes en el cuestionario on-line.....	150
Fig. 17. Años que llevan trabajando las enfermeras participantes en el cuestionario on-line.....	151
Fig. 18. Porcentaje de enfermeras especialistas en Familia y Comunitaria, entre las enfermeras participantes en el cuestionario on-line	151
Fig. 19. Medias de las IdE_NIC más seleccionadas (≥ 3) para el cuidado de la persona con DCNO	159
Fig. 20. Frecuencia de registro de la IdE_NIC utilizada, en la historia del paciente en APmadrid	181

INDICES DE TABLAS

Tabla.1. Enfermedades o problemas de salud crónicos en población ≥ 15 años con prevalencia superior al 4,5%.....	50
Tabla.2. Definición de los Dominios que identifica NANDA Internacional 2015-17, y las clases correspondientes a cada uno.	70
Tabla.3. Características definitorias del diagnóstico enfermero 00133. Dolor crónico	71
Tabla.4. Factores relacionados del diagnóstico enfermero 00133. Dolor crónico	73
Tabla.5. Campos y clases de la taxonomía NIC.....	75
Tabla 6. Registro de DdE_DC (nº de casos por año).....	110
Tabla 7. Edad del paciente en el momento del diagnóstico de DdE_DC.....	111
Tabla 8. DdE_DC por Dirección Asistencial de AP, relacionado con la población	112
Tabla 9. Nº de DdE_DC por CS durante el periodo 2011-2015.....	118
Tabla 10. Evolución del DdE_DC en los años de estudio	118
Tabla 11. Motivo de cierre de los DdE que conviven con el DdE_DC.....	120
Tabla 12. Episodios CIAP relacionados con el 80% de los casos DdE_DC.....	125
Tabla 14. Nº de veces utilizada la IdE_NIC 1400. <i>Manejo del dolor</i> , en el seguimiento del DdE_DC.....	130
Tabla 15. Nº de veces utilizada la IdE_NIC 2210. <i>Administración de analgésicos</i> , en el seguimiento del DdE_DC.....	131
Tabla 16. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases de los campos Fisiológicos	132
Tabla 17. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases del campo Conductual	136
Tabla 18. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases del campo de Seguridad.....	137
Tabla 19. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases del campo del Sistema Sanitario	137
Tabla 20. Relación de campos y clases más representadas en el cuidado de la persona con DdE_DC....	138
Tabla 21. Frecuencias de las IdE_NIC pertenecientes a la clase Fomento de la comodidad física.....	140
Tabla 22. Frecuencias de la IdE_NIC pertenecientes a la clase Control de fármacos.....	141
Tabla 23. Campos y clases relacionadas con el sexo de la persona con DdE_DC.....	142
Tabla 24. Clases de IdE_NIC por años, en el periodo de estudio.....	145
Tabla 25. Prueba post hoc Duncan de la clase Control de actividad y ejercicio	146
Tabla 26. Prueba post hoc Duncan de la clase Apoyo nutricional.....	146
Tabla 27. Prueba post hoc Duncan de la clase Fomento de la comodidad física	147
Tabla 28. Prueba post hoc Duncan de la clase Control de fármacos.....	147
Tabla 29. Prueba post hoc Duncan de la clase Potenciación de la comunicación.....	148

Tabla 30. Prueba post hoc Duncan de la clase de Control de riesgos	148
Tabla 31. Frecuencia de utilización de las 91 IdE_NIC relacionadas con el cuidado de la persona con DCNO	157
Tabla 32. IdE_NIC más utilizadas (≥80%) al cuidar de una persona con DCNO	159
Tabla 33. Clasificación de las IdE_NIC más utilizadas en campos y clases, y su significado.	161
Tabla 34. IdE_NIC menos utilizadas en el cuidado de la persona con DCNO	162
Tabla 35. IdE_NIC menos utilizadas (“nunca utilizo” y “utilizo poco”) en el cuidado de la persona con DCNO, relacionadas con sus campos y clases	164
Tabla 36. Utilización de la IdE_NIC según el sexo del profesional de enfermería	165
Tabla 37. Selección de las IdE_NIC relacionada con la edad de la enfermera	172
Tabla 38. IdE_NIC más utilizadas por las enfermeras de 45 a 54 años de edad	173
Tabla 39. Clases de las IdE_NIC seleccionadas según edad de la enfermera de 45 a 54 años	174
Tabla 40. Relación de la selección de una IdE_NIC con la antigüedad laboral de la enfermera, en el cuidado de la persona con DCNO	177
Tabla 41. IdE_NIC más utilizadas por las enfermeras entre 21 y 30 años de antigüedad	178
Tabla 42. IdE_NIC más utilizadas por las enfermeras con >30 años de antigüedad, frente al resto	179
Tabla 43. Utilización de la IdE_NIC según ser enfermera especialista o no, con significación estadística	180
Tabla 44. Relación de la edad de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid	182
Tabla 45. Prueba post hoc Duncan en relación con la edad de la enfermera y el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid	182
Tabla 46. Relación del sexo de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid	182
Tabla 47. Relación de la antigüedad laboral de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid	183
Tabla 48. Prueba post hoc Duncan en relación con la antigüedad laboral de la enfermera y el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid	183
Tabla 49. Relación con tener la especialidad o no, de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid	183
Tabla 50. Tasa de Población ≥65 años por DA de AP (Datos cedidos por la GAP/SERMAS)	192
Tabla 51. Nº de DdE por centro de salud y ambulatorio. AP. SERMAS	295
Tabla 52. Episodios CIAP relacionado con 00133. Dolor crónico	303

0. SIGLAS Y ABREVIATURAS

— â	Años de edad
— AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
— AP	Atención Primaria
— BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
— BOE	Boletín Oficial del Estado
— CCAA	Comunidad Autónoma, Comunidades Autónomas
— CD	Campo Conductual
— CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
— CM	Comunidad de Madrid
— CS	Centro de Salud
— DA, DAs	Dirección Asistencial de Atención Primaria (en plural, DAs)
— dB	Decibelios
— DC	Dolor crónico
— DE	Desviación estándar
— DdE	Diagnóstico de enfermería
— DdE_DC	Diagnóstico de enfermería NANDA-International <i>cód.00133. Dolor crónico</i>
— DdE_Comorbilidad	Comorbilidad enfermera
— DIS	Disponibilidad
— Enf_AP	Enfermera de Atención Primaria
— EFyC	Enfermería Familiar y Comunitaria
— EpS	Educación para la salud
— EVA	Escala Visual Analógica
— FB	Campo Fisiológico: Básico
— FC	Campo Fisiológico: Complejo
— Fig	Figura
— GAP	Gerencia de Atención Primaria

— Hab.	Habitantes registrados en el área sanitaria
— HCI	Historia clínica informatizada (historia clínica electrónica)
— IASP	International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)
— IdE_NIC	Intervención de enfermería de la NIC
— IM	Vía intramuscular
— INE	Instituto Nacional de Estadística
— JCAHO	Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations
— KW	Prueba estadística Kruskal-Wallis
— M	Media
— máx	Máximo
— MD	Mediana
— MF	Médico de familia
— mín	Mínimo
— MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
— MW	Prueba estadística Mann-Whitney
— N	Muestra
— Nº, nº	Número
— NIC	Nursing Intervention Clasification
— NOC	Nursing Outcomes Clasification
— OMS	Organización Mundial de la Salud (en inglés, WHO)
— SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
— SG	Campo Seguridad
— Sig	Significación
— SNC	Sistema Nervioso Central
— SNS	Sistema Nacional de Salud
— SS	Campo del Sistema Sanitario
— t	Prueba estadística t de Student

1. RESUMEN

Introducción

Estamos asistiendo a un aumento de personas con enfermedades crónicas, que requieren de una mayor intervención no solo profesional, sino de una implicación del paciente en su propia salud para afrontar y articular, de la mejor forma, los cambios necesarios en el estilo de vida para la prevención y/o control del problema. Aunque en España la primera causa de muerte la ocupan las enfermedades cardiovasculares, seguida del cáncer, y en tercer lugar las enfermedades del sistema respiratorio, el dolor se encuentra entre los problemas crónicos transversales más frecuentes. Se estima que uno de cada seis españoles sufre de dolor crónico.

El dolor afecta de forma notable a la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y social, representando un problema de salud pública dada su gran repercusión en las diferentes esferas del ser humano. Este problema constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud, siendo el 80% de los casos seguidos en Atención Primaria (AP).

El tratamiento adecuado se compone de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, desde un abordaje en equipo interdisciplinar y multidisciplinar, con una visión holística del problema, donde la enfermera de Atención Primaria (AP) ocupa un lugar estratégico por su proximidad al enfermo y su familia, y como entrenadora de autocuidado, por ello este estudio pretende conocer cuál es la intervención de este profesional en el cuidado del dolor crónico.

Objetivo principal

Identificar cuáles de las intervenciones de enfermería de la NIC son desarrolladas por la enfermera en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, en el cuidado de la persona con dolor crónico.

Material y método

Estudio observacional transversal descriptivo, en el ámbito de la AP del Servicio Madrileño de Salud.

Los periodos analizados han sido de cinco años (2011 al 2015) para los datos anonimizados de las historias clínicas informatizadas de APmadrid; y de dos meses para la realización del cuestionario on-line (Abril y Mayo 2016)

Población a estudio:

-Pacientes ≥ 18 años con historia clínica informatizada en APmadrid y que tengan etiqueta diagnóstica *00133.Dolor crónico* y que sigan registrados a 31 de diciembre de 2015.

-Enfermeras asistenciales de AP que atienden a personas ≥ 18 años.

Resultados

Durante estos cinco años se han registrado 3158 etiquetas *00133.Dolor crónico* en AP. La comorbilidad enfermera más frecuente ha sido: *00046.Deterioro de la integridad cutánea* (10,9%), *00155.Riesgo de caídas* (8,5%), *00001. Desequilibrio nutricional: por exceso* (5,5%), *00095.Deterioro del patrón de sueño* (4,2%) y *00088.Deterioro de la deambulación* (3,5%).

La comorbilidad-CIAP encontrada se relaciona con problemas del aparato locomotor (69,5%), donde los problemas de espalda son los más habituales.

Las intervenciones enfermeras más registradas en APmadrid han sido: *1400.Manejo del dolor*, *2210.Administración de analgésicos*, *2380.Manejo de la medicación*, *2300.Administración de medicación* y *6482.Manejo ambiental: confort*.

En los 435 cuestionarios cumplimentados, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) entre las enfermeras a la hora de utilizar algunas intervenciones, según sexo, edad, antigüedad laboral y tener la especialidad de enfermería de familia. Intervenciones de la clase *Fomento de la Comodidad física* las realizan más las enfermeras mujeres ($p<0,001$) que los hombres, como también pasa en la clase *Ayuda al Afrontamiento* ($p<0,05$). Por otro lado las enfermeras más jóvenes <34 años desarrollan más la *5510. Educación para la salud* ($p<0,01$) frente a las otras edades.

A la hora de registrar en la historia clínica no existen diferencias entre los grupos.

Conclusiones

- Se ha identificado en 3158 ocasiones la etiqueta diagnóstica *00133.Dolor crónico*, durante el periodo de estudio.
- Las intervenciones de enfermería más comunes registradas en la historia del paciente, se centran en el control del dolor desde la perspectiva física y la medicación prescrita, seguido de intervenciones dirigidas al cuidado emocional, y a la educación de pacientes.
- Por otro lado a través del cuestionario on-line, reconocen como más frecuente la utilización de intervenciones pertenecientes al campo Conductual, en primer lugar.
- Existen diferencias en la elección de la intervención enfermera relacionadas con el sexo, edad, antigüedad laboral y especialidad de la enfermera de AP.

ABSTRACT

Background

We are witnessing an increase in the number of people with chronic diseases, who require a greater intervention not only by their healthcare professional, but also a patient's involvement in their own healthcare in order to tackle and articulate, in the best possible way, the necessary changes in lifestyle for the prevention and control of the problem. Although in Spain the first cause of death is cardiovascular disease, followed by cancer, and thirdly diseases of the respiratory system, pain is among the most frequent chronic problems. It is estimated that one in six Spanish people suffers from chronic pain.

Pain notably affects the quality of life of the population, with important consequences in the personal, family and social realms, representing a public health problem given its great impact in the different spheres of the human being. Pain is also one of the most frequent reasons for the use of health services, which makes it a priority to address the variability associated with its management and the consequent impact on health outcomes, being 80% of the cases followed in Primary Care

Appropriate treatment of pain consists of pharmacological and non-pharmacological interventions, from an interdisciplinary and multidisciplinary team approach, with a holistic view of the problem, where the primary care (PC) nurse occupies a strategic place because of its proximity to the patient and his family, and as a trainer in selfcare.

Primary research objective

To identify which of the nursing interventions of the Nursing Intervention Clasification are developed by the nurse in Primary Care of the Community of Madrid, in the care of the person with chronic pain.

Methodology

Observational cross-sectional study, in the field of PA of the Madrid Health Service.

The periods analyzed were five years (2011 to 2015) for the anonymized data of APmadrid's computerized medical records; and two months for the completion of the online questionnaire (April and May 2016)

Population under study:

-Patients with computerized medical history in APmadrid and with diagnostic label [00133. Chronic pain] and which are still recorded on 31 December 2015.

-PC nurses serving people ≥ 18 years

Results

During the five years under study 3.158 tags [00133 Chronic pain] have been registered.

The most frequent comorbidity was: [00046.Deterioration of cutaneous integrity] (10.9%), [00155.Risk of falls] (8.5%), [00001. Nutritional imbalance: by excess] (5.5%), [00095. Deterioration of the sleep pattern] (4.2%) and [00088. Impairment of ambulation] (3.5%).

The comorbidity-CIAP found is related to Locomotive Apparatus problems (69.5%), where back problems are the most common.

The most common nursing interventions at APmadrid have been: [1400. Pain management], [2210.Administration of analgesics], [2380.Management of medication], [2300. Medication administration], and [6482.Environmental management: comfort].

In the 435 completed questionnaires, we found significant differences in the choice of intervention according to gender, age, occupational seniority and having the specialty of family nursing. Interventions of the Physical comfort promotion class are performed more by female nurses ($p < 0.001$) than by men, as it also happens in the coping help class ($p < 0.05$). On the other hand, nurses younger than 34 years of age develop more [5510. Education for health] ($p < 0.01$) than those of 34 or more years. At the time of recording in the clinical history there are no differences between the groups.

CONCLUSIONS

- Nurses perform a low registration of [00133. Chronic pain], and of related nursing interventions.
- The most common nursing interventions recorded in patient history focus on pain management from a physical perspective and prescribed medication, followed by interventions aimed at emotional care, and patient education.
- On the other hand, through the online questionnaire, they report as the most frequent interventions those belonging to the Behavioral field.
- There are differences in the choice of the nurse intervention related to the gender, age, seniority and specialty of the PC nurse.

INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

2.1. CRONICIDAD

2.1.1. CRONICIDAD Y DETERMINANTES DE SALUD

Los avances científicos y técnicos, las mejoras en salud pública y de atención sanitaria, junto a determinados estilos de vida, han llevado a un aumento de la esperanza de vida entre la población en general, y a su vez a un cambio en el patrón epidemiológico que vemos encabezado por las enfermedades crónicas (1) .

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público (2). Se calcula que antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y, en los países en vías de desarrollo representarán más del 50% de la carga de enfermedad (3). Sabiendo que este grupo de enfermedades se alargan en el tiempo , y afectan más allá de quien las padece, alcanzando el bienestar del entorno familiar y social (3) (4) .

Las enfermedades crónicas provocan importantes efectos en la calidad de vida de los personas, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes, que son subestimados por las familias, comunidades y la sociedad en general (3). Pese a esta situación, existe una carencia de previsiones sólidas del impacto a largo plazo en términos económicos (5). Algunas de las estimaciones disponibles señalan que, en temas de financiación, en un escenario de inacción , el presupuesto sanitario deberá crecer alrededor del 45% hasta 2020 (base 2011) para atender el incremento de la

demanda(6) (7). Es más, la realidad indica que el presupuesto sanitario ha descendido de forma apreciable (10.000 millones de euros, aproximadamente) durante estos años de crisis en nuestro país (7).

España se enfrenta a una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de Europa, y a una tendencia que confirma que el 91,3% de la mortalidad en nuestro país es debido a enfermedades crónicas (8). No se trata sólo de aportar soluciones específicas para diferentes grupos de pacientes crónicos, sino de trabajar y abordar las situaciones de manera distinta (9).

Uno de los caminos de respuesta a la situación de cronicidad es promover la responsabilidad en el cuidado de uno mismo, para acercarnos a un estilo de vida que permita convivir con el problema de salud con la mejor calidad de vida posible. Un autocuidado que acompañe en todo el proceso de salud-enfermedad, adecuado a las necesidades que presenta la persona en sí (1) . Entendiendo este cuidado de sí mismo como la capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, teniendo en cuenta la totalidad del ser humano (10) (11), lo que incluye las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales (10) (12). Y que , según la enfermera Orem, autora de la Teoría del Autocuidado, lo realizarían en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (10).

Se entiende que el autocuidado se inicia y realiza voluntaria e intencionadamente por el individuo (10), pero no todos los individuos intervienen en la propia salud de la misma manera, ni es la voluntad el único motivo de ello. La buena salud no se basa únicamente en las intervenciones médicas, sino también en las condiciones de vida y las opciones personales (13) (14). Las desigualdades sociales y su expresión en las condiciones de salud (15) tienen gran influencia en esta responsabilidad (16). Por ejemplo, la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en el salario, la educación y las condiciones de trabajo (17). Por ello, variables como: el ingreso económico y posición social, la educación, el entorno físico, el empleo y condiciones de trabajo, las características biológicas y condición genética, el desarrollo del programa del niño sano, las redes de apoyo social, y los servicios sanitarios, son determinantes de salud que conllevan un nivel de salud y

un desarrollo de autocuidado específico, situación que precisa de líneas estratégicas de intervención desde las administraciones públicas (1) (16) (18) (19) (20) (21) (22) (23), porque pueden ser modificables y, por tanto, influir directamente en la salud y su cuidado.

La OMS en su definición de los determinantes de salud, añade alguna variable más a las expuestas arriba, como son: la vivienda, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés (24). Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. Situaciones que hacen de los determinantes de salud propiedades basadas en el estilo de vida, afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen en la calidad de la salud personal (24).

El informe Lalonde (1974) fue el primero en definir estos determinantes de la salud entendiéndolos como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (25).

Estos determinantes de la salud se pueden dividir a en dos grandes grupos (25) (26):

1. Los de responsabilidad multisectorial del Estado que son los determinantes económicos, sociales y políticos.
2. Los de responsabilidad del sector Salud, dentro del quehacer del Estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos, y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son (25) (26):
 - Aquellos relacionados con los estilos de vida: hábitos alimentarios, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
 - Los llamados factores ambientales: físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y

los factores socio-culturales y psico-sociales relacionados con la vida en común.

- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población: referidos a aspectos genéticos y también a los relacionados con la edad de las personas.
- Los relacionados con la atención sanitaria, es decir, los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones: calidad, accesibilidad y financiación de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Con ello se define un proceso de atención integral de la salud, con las cinco funciones básicas de atención (26) que son:

- a) La promoción de la salud: acciones de salud dirigidas a proporcionar a los individuos los medios para ejercer mayor control sobre su salud y mejorarla.
- b) La protección de la salud: acciones de vigilancia y control del aire, suelo, agua y alimentos.
- c) La prevención de la enfermedad: acciones específicas como inmunizaciones, educación sanitaria, pruebas de detección, etc. Aquellas que se llevan a cabo no solo para prevenir la aparición de la enfermedad, como puede ser la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (27).
- d) La restauración de la salud: a través de la asistencia sanitaria destinada a recuperar la salud de las personas que la han perdido, llevadas a cabo a nivel de la Atención Primaria y a nivel del Hospital.
- e) La rehabilitación: acciones centradas en ayudar a las personas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medio-ambientales.

Con todo lo expuesto debemos hacer hincapié en que la atención de salud adecuada pasa por la visión holística de los problemas en las personas en todas sus esferas; y no

debe dejar de lado los determinantes esenciales del ser humano comentados; tanto físicos, como psicoemocionales, sociales y de transcendencia, que encierran la esencia de cada individuo, que influyen en su forma de vivir y, por tanto también, de enfermar (10) . Que en la mayoría de los casos no serán los causantes de la patología en sí, pero actuarán amplificando el problema de salud que se tenga y sus consecuencias.

2.1.2. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

En este esfuerzo de incidir en la mejora de salud a nivel macro y micro, surge una variable que juega un papel importante como predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios, que es la autopercepción que de la propia salud tienen las personas (28) (29).

Los últimos datos de 2014 sobre autopercepción recogidos en la Encuesta Europea de Salud en España (EESE), se mostraba que el 71% de la población de 15 y más años valoraba positivamente su estado de salud (entre “muy bueno” y “bueno”, entre cinco niveles de valoración desde “muy malo” a “muy bueno”), siendo mejor la percepción entre los hombres (75%) que entre las mujeres (67%), con ligera tendencia al alza (29) .

Esta percepción de buena salud también se reflejó en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015 sobre la autovaloración del estado de salud español , donde se informaba que el 75,3% de la población valoraba su estado de salud como “bueno” o “muy bueno”, siendo también entre los hombres donde se percibía mejor estado de salud frente al de las mujeres (el 79,4% y el 71,4% respectivamente)(30).

Unido a esto, se observaba que la percepción del estado de salud disminuía con el aumento de la edad, pues en el grupo de 65 y más años, solo el 51,0% de los hombres y el 39,0% de las mujeres percibían su estado de salud como positivo, mientras que en el caso de los menores de 15 años lo valoraban positivamente el 93,0% (hombres) y el 93,2% (mujeres) (30) (31) (32) .

Como determinantes de salud, el nivel socioeconómico mostraba una clara relación con el estado de salud autopercebido. Según se desciende en la escala social se observaba una caída en la valoración positiva del estado de salud, pasando del 86,5% en la clase I (Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias) al 68,5% en la clase VI (Trabajadores no cualificados). El gradiente era más acentuado en mujeres; que del 85,3% en clase I, pasaba al 62,3% en clase VI (31), lo que viene a confirmar el gran impacto de las condiciones sociodemográficas en la salud de las personas, que en época de crisis y ante mayores cifras de paro a nivel laboral, deberíamos tener en cuenta.

Si nos introducimos en datos de autopercepción correspondientes a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid (CM) , encontramos una autopercepción positiva de la salud (80,4%) del total de la población encuestada, correspondiente al segundo puesto de la nación española , detrás de Navarra con unas cifras del 80,7% de percepción positiva de salud (30). Lo que nos coloca en una posición aceptable, teniendo en cuenta la repercusión en la utilización de servicios, así como en la satisfacción respecto a los mismos.

Podríamos decir que partimos de un nivel autopercepción y de satisfacción no malo, sabiendo que en ésta influye: la edad y las enfermedades crónicas (32), así como otros puntos relacionados con el trato recibido desde los profesionales, la continuidad de los cuidados, los servicios de admisión, los trámites burocráticos, las barreras para acceder a los servicios especializados y las listas de espera(33). La satisfacción es considerada uno de los determinantes de la calidad asistencial, donde la Atención Primaria (AP) sigue siendo el nivel asistencial mejor valorado por los usuarios con 7,4 puntos sobre 10 (34), y específicamente las enfermeras de AP (a lo largo del texto, con el termino *enfermera*, nos referiremos a ambos sexos) obtienen la mayor puntuación, con una satisfacción del 93, 6% (en eficacia), 94% (en amabilidad) y 92,1% (en información) por delante de otros profesionales como médicos de familia y administrativos (35).

Nuestro sistema sanitario parte de una buena situación en la que la cobertura básica de servicios para los pacientes crónicos está garantizada (cobertura universal), donde

además se está satisfecho con la asistencia sanitaria recibida y se percibe una buena salud por parte de los ciudadanos. Sin embargo, nuestro sistema sanitario sigue enfocando sus esfuerzos en un modelo de atención que presenta todavía una importante fragmentación entre sus niveles asistenciales (Hospital, Primaria, Servicios Sociales) (3) , donde una de las principales consecuencias de esta situación es que solo un 55% de los pacientes más complejos, con una o más enfermedades crónicas, son susceptibles de recibir tratamiento y cuidados adecuados, sabiendo además que el 50% de la medicación indicada no será tomada correctamente (3), con la consecuente influencia en la mejoría y control de síntomas, así como en la seguridad del paciente.

Se necesita un cambio de modelo asistencial centrado en una lógica de “rescate” (6), de inmediatez, donde se invierte casi exclusivamente en los problemas de la sanidad “agudos”, pasando de una crisis a otra sin pensar en los problemas estructurales crónicos que tiene el sistema y que requieren de una transformación a medio plazo (6). Es necesario un cambio de cultura en la gestión sanitaria para poder seguir disfrutando de un modelo público fuerte(6) .

Se precisa acelerar la marcha de esa transformación del sector con el fin de poder prevenir la cronicidad y atender mejor a los enfermos crónicos (6). De manera indirecta y como efecto colateral positivo, la evidencia indica que esa transformación hará que el sistema sea más sostenible. En paralelo, el sector privado deberá hacer la misma transformación si pretende sobrevivir complementariamente con el público y fidelizar a sus usuarios (6).

Existen experiencias de cambio que funcionan, como el modelo de transición de cuidados desarrollado en EEUU, que ha conseguido reducir los ingresos hospitalarios en un 54%, los reingresos en el hospital en un 24% y las visitas a urgencias en un 27% (36), o experiencias en Japón, Europa y , más concretamente, en España (p.ej. el estudio TELBIL , en el país vasco) donde se demuestra que un modelo de telemonitorización de crónicos complejos desde AP consigue una reducción importante de los ingresos y de las estancias hospitalarias (37) (38) .

Para lograr datos como estos es necesario transformar de manera efectiva el modelo asistencial y gestionar de forma más eficaz a los enfermos crónicos (6). Y esto incluye

el empuje no solo desde las administraciones hacia los profesionales (“top-down”), sino también desde los profesionales asistenciales hacia la gestión (“bottom-up”), y además tener la colaboración de los ciudadanos. Persiguiendo la posibilidad de cambio hacia: pacientes activos en vez de pasivos, nuevos roles profesionales para la gestión de casos, trayectorias integradas de cuidados, tecnologías que permitan prestar servicios a distancia, incentivos y desincentivos para reducir ingresos y reingresos en el hospital, nuevas formas de estratificación de la población por riesgo (que permite identificar mejor las intervenciones preventivas o asistenciales), nuevos sistemas de apoyo en la toma de decisiones, y nuevas formas de contratación orientadas a contratar valor en lugar de sólo actividad (6).

Se precisa poner en valor las nuevas experiencias en el modelo asistencial teniendo en cuenta las nuevas necesidades de la sociedad , no perdiendo esa visión holística (39) (40) (41) que hemos venido comentando. Una atención integral de las personas, teniendo en cuenta los determinantes de salud propios de cada individuo, pudiendo acompañar en el proceso de vida, siempre potenciando, en lo posible, la participación del paciente en su cuidado.

2.1.3. CRONICIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA

Según la OMS la Atención Primaria es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Siendo el núcleo del sistema de salud del mismo y formando parte integral del desarrollo socioeconómico general de dicha comunidad (42).

Desde la declaración de Alma-Ata en 1978, con el lema de *Salud para todos*, donde se expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo, se ha impulsado un avance que pretende superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad,

donde se han ido adicionando modelos basados en la promoción de salud y prevención de la enfermedad (43) (44) .

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa en 1986 (45), donde quedó definida como el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Entre otros puntos se habla del impulso de las aptitudes personales para que, a lo largo de la vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas, y esto exige una reorientación de los servicios sanitarios, entre otros (45).

La AP se inició en nuestro país con la aprobación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud, que definió y sentó las bases de la actual red de la Primaria (46). Y desde aquí se ha ido desarrollando para conseguir esa equidad de atención y eficacia de servicios, intentando dar una atención desde los domicilios a los hospitales, como manifestaba la Dra. Chan en su carta “Regreso a Alma-Ata, 2008” (47), y donde los profesionales de AP han venido atendiendo a los ciudadanos en este entorno asistencial: el centro de salud, el domicilio del ciudadano , así como en la comunidad, desde un planteamiento de trabajo en equipo y de coordinación entre disciplinas y niveles asistenciales (46).

Se diferencian cuatro funciones básicas de la Atención Primaria (46): la Atención directa a los ciudadanos por sus profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras, enfermeras y auxiliares de enfermería) y de otros profesionales de apoyo según los modelos organizativos (matronas, trabajadores sociales, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.), la Relación con la comunidad, la Docencia e investigación y la Organización y gestión.

En este modelo encaja perfectamente el desarrollo de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012) de España, que hasta su publicación se venían desarrollando estrategias para la atención dirigidas a algunas de las enfermedades con mayor carga de enfermedad como: cáncer, cardiopatía isquémica, ictus, diabetes mellitus, salud mental, cuidados paliativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades raras, enmarcadas todas en el Plan de

Calidad para el SNS (1). Se habían elaborado estándares y recomendaciones en distintas áreas de atención de pacientes con enfermedades crónicas, entre otras, la Unidad de Pacientes Pluripatológicos y Unidades de Tratamiento del Dolor (1).

Además de las Estrategias desarrolladas hasta entonces, el Plan de Calidad 2010 señalaba la identificación de nuevas necesidades, tanto de grupos de enfermedades a abordar como de aspectos comunes a algunas de ellas, que se beneficiarían de acciones estratégicas transversales como es el caso de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (1).

Desde aquí cada Comunidad Autónoma (CCAA) ha ido desplegando su plan estratégico con mayor o menor éxito (7). Todavía no se ha empezado a evaluar lo que ha significado la implementación de esta estrategia de atención a la cronicidad a nivel de CCAA, pero datos recogidos en el País Vasco reflejan que ha aportado un relato de transformación de la provisión sanitaria centrada en la atención integrada a la cronicidad, pero no se ha conseguido superar plenamente las barreras de la debilidad política y de la inmovilidad burocrática, las cuales han limitado el despliegue de los cambios, sobre todo los relativos a la escalabilidad de las innovaciones locales de éxito (los denominados proyectos “bottom-up”)(7). Son apreciables los cambios en la cultura de integración asistencial de los ámbitos clínico y gestor, así como la progresión organizativa dentro de un modelo de atención orientado a la cronicidad (7). Pero se refleja la lentitud de la implementación y de cambio de atención.

En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud se persigue el desarrollo de seis líneas estratégicas:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
3. Continuidad asistencial.
4. Reorientación de la atención sanitaria.
5. Equidad en salud e igualdad de trato.

6. Investigación e innovación.

Cada uno de estas líneas tiene sus objetivos y sus recomendaciones, y un plan de implementación. A falta de estudios oficiales de evaluación de la estrategia, uno puede ir observando el nivel de implementación, por ejemplo: la burocracia necesaria para la transferencia de pacientes(7), la equidad e igualdad de atención cuando hace poco se excluyó la asistencia sanitaria a inmigrantes sin papeles (48) , las competencias profesionales tenidas en cuenta por las administraciones a la hora de contratar profesionales con perfil (49) (véase cómo no se tiene en cuenta la especialidad de enfermería familiar y comunitaria a la hora de contratar en AP para asegurar las competencias profesionales) (50), etc. .

En general esta estrategia nacional se apoya en unos principios rectores (1) que están centrados en los siguientes puntos:

- Las personas son el centro del Sistema Nacional de Salud (SNS), o lo que es lo mismo, pasar de centrarse en la enfermedad de forma reactiva, a realizar una atención pro-activa según las necesidades.
- El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional, para mejorar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas) abordando un amplio rango de determinantes sociales de la salud. Teniendo en cuenta la diversidad del ser humano, la equidad, la justicia social, la inclusión social y la interculturalidad.
- Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud, que actúan a lo largo de todas las etapas del desarrollo (etapa prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y ancianidad) con el fin de lograr resultados favorables en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.
- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico como pueden ser las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los problemas de salud mental. Pero también las menos frecuentes, pero no por ello menos importantes por el impacto que tienen en las personas y su entorno.

- La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: Todos los profesionales del SNS deben implicarse y trabajar en la mejora del abordaje integrado de la cronicidad, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de AP y en particular de los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería, como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad.
- Continuidad asistencia, disminuyendo la fragmentación asistencial entre niveles y mejorando la coordinación entre los profesionales, que asegure la continuidad de cuidados, para lo que es necesario una comunicación interdisciplinar entre los servicios sanitarios y también sociales, que permitan el objetivo de atención integral al ciudadano.
- Los profesionales del SNS han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales.

Por lo que parece que sobre la AP y sus profesionales, se ha depositado una confianza importante como centro motor del sistema en la atención a los enfermos crónicos. Con mucha lógica, pues es en la comunidad donde esos ciudadanos pasan el mayor tiempo, y es aquí donde deben ser atendidos y acompañados en el autocuidado necesario, teniendo en cuenta esos determinantes de salud que comentábamos (3) (45). Ahora hace falta que ese cometido siga desarrollándose.

En la Comunidad de Madrid (CM), junto a la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas existen otros proyectos abiertos con anterioridad para ir integrando las nuevas directrices de coordinación entre niveles asistenciales como son : la creación de la figura de Director de Continuidad Asistencial, el especialista consultor, la continuidad de cuidados dirigido a los profesionales enfermeros con el Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud, etc., para atender las necesidades de los usuarios, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales, en busca de la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes (51), etc.

La actual estrategia de crónicos madrileña se enfrenta a una población en general mantenida en número, de los 6.489.680 hab. a 1/Enero/2011 a 6.466.996 hab. a 1/Enero/2016 (52) según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), con un índice de envejecimiento que pasa del 92,36% en el 2011 al 102,14% a 1 de Enero de 2016 (definido este índice como el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero del año en curso) (53), por lo tanto, en la CM tenemos por delante un claro envejecimiento de la población, sumado a una cifra del 40,46% de morbilidad crónica entre los mayores de 15 años, que ha venido aumentando progresivamente (3) y que seguirá haciéndolo paralelamente al envejecimiento (3) (31).

Esta estrategia indica un modelo de atención a seguir, que tiene en cuenta los diferentes niveles de riesgo que se aplica a los pacientes crónicos y que están basados en el modelo de Kaiser Permanente de estratificación (Fig.1) , en el que se distinguen tres categorías (3):

- Pacientes de riesgo bajo: pacientes con patologías crónicas en estadios incipientes. El objetivo para este nivel es ralentizar el progreso de la enfermedad y evitar que el paciente alcance niveles superiores de riesgo. Para ello se apoya la autogestión de la enfermedad, es decir el autocuidado, y la educación de carácter preventivo y de hábitos saludables.
- Pacientes de riesgo medio: pacientes que presentan una complejidad de abordaje moderada. El objetivo, al igual que en el nivel bajo, es reducir la progresión mediante la planificación y gestión de la enfermedad que combine autocuidado y cuidados profesionales.
- Pacientes de riesgo alto: son pacientes de gran complejidad, los cuales presentan frecuente comorbilidad. El objetivo en este nivel es reducir las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios por medio de la gestión integral del caso, con cuidados fundamentalmente profesionales.

En conclusión, el modelo de la CM se basa en la definición de los elementos que deben aplicarse según el nivel de riesgo del paciente, es decir, qué profesionales deben

prestar qué servicios y con qué herramientas, y éstos deben ser diferentes según la complejidad presentada (3).



Fig.1. Niveles de riesgo

El objetivo que se persigue con la estratificación es evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud; que los pacientes enfermos se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones desarrollando su implicación, su autonomía y el apoyo profesional adecuado; y que los pacientes pluripatológicos y/o complejos sean atendidos de la manera más adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento.

La estrategia concluye con unos roles, herramientas y servicios , según nivel de riesgo y necesidades (3) que deberán desarrollarse en la implementación de la misma:

* ROLES

- El Centro de Salud (CS) como eje de la atención al paciente crónico: la AP es el nivel asistencial donde se detecta y realiza el seguimiento de los pacientes, tanto en servicios de promoción y prevención como en el marco de la cronicidad y, por consiguiente, el CS es el responsable de la gestión del paciente y la coordinación de los recursos sociosanitarios. Por tanto, además del desarrollo de nuevas competencias para la enfermería de AP, es necesario reorientar el papel del médico de familia adoptando, entre otras, la

responsabilidad de ubicar al paciente en un nivel adecuado a su riesgo y de ser el referente en el primer nivel asistencial para los referentes hospitalarios (especialista consultor, de referencia, etc.).

- Enfermera educadora / Entrenadora en autocuidados: función de los profesionales de enfermería orientada a capacitar a los pacientes y sus cuidadores para el autocuidado, fomentando el compromiso con su salud.
- Paciente activo: es aquel que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente (cuidador principal), ante la pérdida de autonomía del enfermo. El concepto de paciente activo está vinculado al de empoderamiento del paciente. Este término define a los pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y definir objetivos terapéuticos y adoptarlos de forma compartida con sus profesionales.
- Especialista consultor: médico especialista de referencia para los profesionales de AP, en aquellas patologías priorizadas, con el que se establecerán unos canales de comunicación activos (presenciales, telefónicos, online, mail...) que permitan una resolución ágil ante cuestiones puntuales relativas al paciente. El especialista consultor solo se utiliza en los pacientes incluidos en los niveles de riesgo medio y alto.
- Enfermera gestora de casos: enfermera de AP que trabaja de forma proactiva en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad y/o dependencia facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud de estos pacientes. Basa su papel en coordinar la continuidad de los cuidados asegurando que los pacientes reciben el tratamiento, cuidados y recursos en tiempo adecuado con la finalidad de mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización. La enfermera gestora de casos solo interviene en pacientes incluidos en el nivel alto de riesgo.

- Enfermera de enlace hospitalaria: enfermera de Atención Hospitalaria (AH) que coordina la continuidad de cuidados que precisa el paciente crónico, con los recursos extra hospitalarios. La enfermera de enlace solo interviene en pacientes incluidos en el nivel alto de riesgo.
- Equipo multidisciplinar: conjunto de personas de diferentes niveles asistenciales y categorías profesionales, que intervienen en un determinado proceso aportando cada uno su enfoque de intervención, logrando una visión transversal y completa del proceso.
- Especialista hospitalario de referencia: profesional de referencia asignado al paciente, responsable inicial cuando éste acuda al hospital y que garantice la coordinación entre las distintas especialidades que intervienen en su atención. El especialista hospitalario de referencia es necesario solo en pacientes incluidos en el nivel alto de riesgo.

* HERRAMIENTAS

- Estratificación de la población y clasificación según nivel de riesgo: clasificación de la población con patologías crónicas en tres niveles de riesgo, siguiendo el modelo Kaiser Permanente. Cada nivel de riesgo requiere una oferta de servicios diferente, ajustada a las características y necesidades de cada estrato.
- Historia clínica electrónica, compartida y accesible, con información básica para todos los niveles asistenciales, incluyendo la información visible y accesible al paciente. Entre la información compartida se encuentra el nivel de riesgo del paciente como elemento clave que optimiza los recursos a poner en marcha. Dispone de las herramientas que permiten la integración de la oferta de servicios, la ruta asistencial y los sistemas de ayuda al seguimiento del paciente.
- Recursos on-line para los pacientes, potenciando el paciente activo: herramientas basadas en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) dirigidas a facilitar y potenciar la figura del paciente activo. Hacen referencia tanto a los elementos telemáticos multicanal (páginas web, blogs con contenidos de información sanitaria, redes sociales, comunidades virtuales de pacientes, foros de discusión, etc.) como a los contenidos y la información

presentes en ellos (hojas de consejos, información sobre su enfermedad, recursos disponibles, etc.).

- Ayudas a la prescripción y conciliación y control de interacciones: herramientas tipo TIC de ayuda a la gestión clínica dirigidas al manejo de la prescripción farmacológica y sus interacciones, así como a la gestión coordinada entre niveles asistenciales de la terapéutica del paciente crónico (conciliación). Esta herramienta debe formar parte de la prescripción con receta electrónica y estar integrada en la historia clínica.
- Encuestas sobre necesidades y expectativas del paciente y sus cuidadores.
- Sistema de ayudas y alarmas para el control y seguimiento del paciente crónico. Elementos de la historia clínica electrónica que informan de determinados estados o cambios en la salud del paciente, acorde con unas reglas y flujos de actuación predefinidos.
- Telemonitorización domiciliaria: herramientas TIC de apoyo a la atención en domicilio para determinados pacientes con nivel de riesgo alto, que precisan de una monitorización estrecha y continuada de su estado de salud dado que presentan una elevada probabilidad de descompensación que puede requerir ingreso hospitalario.
- Registro de casos sociosanitarios: herramienta concebida como base de datos y sistema de gestión para pacientes de alto riesgo con condicionantes sociosanitarios.

*SERVICIOS

- Oferta específica de servicios para los diferentes niveles de riesgo: oferta de prestaciones y servicios de especial seguimiento a los ciudadanos, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña y estratificados según su nivel de riesgo, y en los que, mediante el establecimiento de estándares, se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.
- Planes de cuidados estandarizados y personalizados de Enfermería: los planes de cuidados estandarizados son planes previamente elaborados y potencialmente aplicables a las personas que presentan determinados

- procesos o situaciones comunes, adaptados a cada paciente. Detallan un grupo de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo que con frecuencia se presentan en dichos procesos o situaciones comunes, así como los resultados e intervenciones asociadas más efectivas.
- Educación estructurada del paciente adaptada a sus necesidades: ofertar una educación, tanto de forma individual como grupal, que avance en la consecución de resultados encaminados a capacitar a los pacientes para que alcancen el mayor grado posible de autonomía y capacidad de autocuidado, empleando para ello contenidos planificados y estructurados.
 - Formación continuada en cronicidad y en las líneas/itinerarios necesarios para el desarrollo del modelo, que comprende la formación de los profesionales sanitarios enfocada a los siguientes aspectos:
 - La formación continuada de los profesionales como herramienta para facilitar la capacitación y el desempeño de nuevos roles, como p. ej. el rol de enfermería como educadora del paciente activo, así como conocer los recursos que la Estrategia pone a disposición de los profesionales para la mejor gestión del paciente.
 - La formación continuada para mejorar y garantizar la calidad de la atención y disminuir las desigualdades sociales en la atención, con especial énfasis en las desigualdades de género.
 - Mejorar las habilidades y competencias en TIC de los profesionales sanitarios.
 - Evaluación del impacto en salud de la estrategia: monitorizar el despliegue de la estrategia, y evaluar la efectividad de la implementación y su impacto en salud medidos desde: los resultados en salud, la utilización de servicios, y la satisfacción y calidad de vida de pacientes y personas cuidadoras.
 - Rutas y procesos asistenciales integrados: conjunto de actividades enfocadas a prestar una atención homogénea y transversal, basada en la coordinación entre niveles que, aplicando el máximo rigor científico, mejoran la calidad de la atención prestada con una mayor satisfacción del paciente.
 - Seguimiento telefónico activo del paciente.

- Valoración integral de cada caso: valoración del paciente desde una perspectiva que engloba los aspectos sanitarios y los condicionantes sociales que los modifican para identificar el grado de fragilidad y orientarle hacia el recurso más adecuado.
- Planificación de altas hospitalarias: contempla todos los aspectos sociosanitarios relacionados con el alta de una persona hospitalizada, incluyendo la conciliación farmacológica, identificación del cuidador principal cuando lo precise, comunicación al primer nivel asistencial con el plan de cuidados establecido, etc. La planificación de altas es un elemento imprescindible para garantizar una correcta continuidad asistencia.
- Unidades hospitalarias especializadas: unidades enfocadas a abordar aspectos concretos de un proceso, como pueda ser el diagnóstico precoz, tratamiento ante situaciones complejas, etc. o bien a la atención integral y centralizada de una determinada patología.
- Circuito específico de atención urgente/preferente: definición de las circunstancias en las que una persona, con patología, precisa de una atención diferente, ya sea preferente o urgente, sus plazos de atención y vías de derivación.
- Desarrollo del papel de AP en las residencias: conjunto de actuaciones para asegurar que los pacientes institucionalizados reciban la oferta de servicios con el nivel de calidad adecuado.
- Acceso adecuado a la media estancia hospitalaria: hace referencia a la capacidad de AP de derivar pacientes para su ingreso directo en hospitales de media estancia, conforme a unos criterios de definidos.
- Seguimiento pro-activo del paciente en la comunidad y domicilio: incorporar acciones e intervenciones planificadas, donde juega un papel relevante el seguimiento telefónico activo por parte de la enfermera. Este seguimiento busca detectar precozmente cambios en el estado de salud de los pacientes para poder actuar y disminuir la aparición de complicaciones, en contraposición al seguimiento reactivo donde el paciente contacta con el sistema sanitario cuando éstas ya han surgido.

En general podemos decir que se ha trabajado por poner en marcha un cambio de modelo asistencial en la CM, que va a necesitar de todos para cumplir su cometido, donde AP tiene un papel de liderazgo y debe dar respuesta a las necesidades que presentan este tipo de pacientes. Esta estrategia madrileña se une a la estrategia nacional en su impulso, de forma específica, de la disciplina enfermera, potenciando las actuaciones de las enfermeras en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención(1) (3).

2.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS PREVALENTES

Los principales problemas sanitarios y enfermedades prevalentes han ido evolucionando y las enfermedades crónicas han reemplazado a las infecciosas como principales causas de morbilidad (1) (30) (54) .

La situación de enfermedad crónica requiere de una mayor implicación de la persona que la sufre. La cronicidad significa tiempo, y por ende influencia en el día a día de la persona, que precisa de ese conocimiento y participación en su propia salud para afrontar y acoplarse , de la mejor forma, a los cambios en el estilo de vida que ello requiera(55).

Esto es un reto importante para la Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales, pues es en el entorno comunitario donde la persona permanece la mayor parte de su vida. Un número de personas en aumento con enfermedades crónicas que requieren de la reorganización de servicios debido a su vulnerabilidad (20). Y aunque la primera causa de muerte la ocupan las enfermedades cardiovasculares, seguida del cáncer, y

en el tercero las enfermedades del sistema respiratorio (1) (56), el dolor se encuentra entre los problemas crónicos transversales más frecuentes (30).

Las situaciones de enfermedad o problemas de salud más comunes atendidos en consultas de AP varían según edad y sexo. Entre la población mayor de 15 años son los problemas del aparato locomotor, sobre todo en mujeres, seguidos del respiratorio (29) (30) (31) (57) (58). Y entre los mayores de 64 años los principales motivos de consulta son: los problemas del aparato circulatorio, locomotor, aparato endocrino, metabolismo y nutrición (30).

Concretando más, entre los problemas crónicos más frecuentes, encontramos: el dolor de espalda lumbar (18,6%) , la hipertensión arterial (18,5%), artrosis, artritis o reumatismo (18,3%), colesterol elevado (16,4%) y el dolor cervical crónico (15,9%) (30), así como la alergia crónica (13,37%), varices en las piernas (9,31%), migrañas o dolores de cabeza frecuentes (8,27%), depresión (6,89%) y ansiedad crónica (6,85%) (29) (30).

La diabetes (6,82%) y, en hombres los problemas de próstata (5,39%), también se declaran con frecuencia superior al 5% (29). Todas estas patologías, excepto la diabetes, y los problemas de próstata, son más frecuentes en mujeres (29) (30) (31) . Los hombres declaran con mayor frecuencia bronquitis crónica y lesiones o defectos permanentes causados por un accidente, entre otros (31) (24) .

Según la morbilidad registrada en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Sistema Nacional de Salud (SNS), y publicada en 2015, durante el año 2011 se hizo constar una media de 4,6 problemas de salud activos por usuario en AP (3,8 en el hombre y 5,3 en la mujer) referido a los >14 años (58), datos en aumento si comparamos con los publicados en la BDCAP del 2016, donde se da una media de 5,7 problemas de salud por cada persona atendida (5,1 problemas activos en hombres y 6,3 en mujeres) referente al registro realizado durante el año 2012 (57).

En conjunto, los problemas del aparato locomotor fueron los más frecuentes en ambos sexos (primera posición relativa en frecuencia en ambos casos) (58). La tasa global fue de 700,7 casos‰ personas; y aquí la mujer vuelve a ser la que ocupa el primer lugar,

con una mayor frecuencia, presentando una tasa de 854,3 casos‰, frente a los 549,3‰ de hombres (58). Dentro de este apartado, los síndromes de columna vertebral ocuparían el primer lugar al igual que reflejan otros registros nacionales de salud (30) (31) (58).

Comparando estos datos con el último informe BDCAP publicado en 2016, los problemas del aparato locomotor presentan tasas claramente superiores en la mujer (872,0‰) que en el hombre (552,0‰) (57) y en progresión, entre los > 14 años.

La relación de cronicidad y edad, nos informa que entre los mayores de 64 años el principal motivo de consulta serían los problemas del aparato circulatorio y locomotor, seguido de aparato endocrino, metabolismo y nutrición, para ambos periodos 2011 y 2012. Las diferencias entre hombres y mujeres son patentes en los tres aparatos, dando las cifras mayores el sexo femenino (58) . Además son los problemas crónicos los más frecuentes en este tramo de edad (57).

En general, los problemas de salud se presentan con mayor frecuencia en la mujer, y entre edades jóvenes ya comienzan a aparecer algunos problemas crónicos de salud, así como una serie de factores de riesgo cardiovascular (como la hipertensión arterial, los trastornos lipídicos o la diabetes) y diversos problemas de tipo músculo-esquelético (como los síndromes de la columna vertebral, la artrosis o las bursitis y tendinitis) (57) (59). También encontramos a la mujer liderando los problemas más prevalentes que cursan con dolor crónico no oncológico en España, como son los de índole osteomuscular: lumbalgias (52,92%), osteoartritis (33,96%) y artrosis (30,65%) (60) (61). Problemas osteodegenerativos de mayor prevalencia entre las féminas (52-66%) (62) (63)(64) de edades comprendidas entre los 51 y 57 años , y cuyo dolor aumentaría con los años. Además serían mujeres del entorno urbano, que realizarían trabajos considerados manuales (54,9%), de baja remuneración, y con un nivel de formación bajo (65) (61) (66).

Dolor crónico que coexiste con otras patologías o problemas de salud como son el sobrepeso (42%) y la obesidad (29%) (62) (60), la depresión (48%) (60) (67) , problemas de ansiedad (47%) (60)(67)(68), deterioro en el patrón del sueño (50%) (60) (68) (69), alteraciones en el comportamiento con los demás (p.ej. irritabilidad en un

30%)(60), etc., baja productividad e incapacidades laborales que no solo significan un problema de costes para el individuo que tiene dolor, sino también para el país y la sociedad en general.

Por lo tanto, entre estas diferentes patologías o situaciones crónicas, existe un problema que emerge fuertemente como es el dolor, a veces considerado síntoma y otras como entidad propia o enfermedad en sí (59) (70) (71) (72). Y si observamos la tabla que se adjunta (Tabla.1) sobre los últimos datos de problemas crónicos hasta la fecha, podemos ver que el dolor puede aparecer en varias de las patologías más frecuentes (identificadas con sombreado).

Problemas de salud crónicos en ≥ 15 años (Datos España, 2014)	%
Hipertensión arterial	18,4
Dolor de espalda crónico (lumbar)	17,3
Colesterol alto	16,5
Artrosis (excluyendo artritis)	16,4
Dolor de espalda crónico (cervical)	14,7
Alergia crónica, Alergia alimentario o de otro tipo(asma alérgica excluida)	13,4
Varices en las piernas	9,3
Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,3
Depresión	6,9
Ansiedad crónica	6,9
Diabetes	6,8
Cataratas	5,0

Problemas de tiroides	4,8
------------------------------	-----

Tabla.1. Enfermedades o problemas de salud crónicos en población ≥ 15 años con prevalencia superior al 4,5%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España (29)

Otras patologías como la depresión y la ansiedad podrían amplificar el dolor si lo acompañan (73) (74).

Además el dolor aumenta con la edad, el 8,12% de la población de ≥ 65 años dice sufrir dolor “severo” o “extremo” y, como en otros tramos de edad, es más prevalente en las mujeres que en los hombres (10,96% y 5,15% respectivamente). El 14,39% de este tramo de edad dice sufrir dolor “moderado” y el 21,60% “leve” o “muy leve” (29).

Si nos referimos a la población más envejecida (≥ 85 años) la proporción de personas que sufren algún grado de dolor pasa al 73,06% (78,69% mujeres y 62,68% hombres)(29).

Por lo que podemos decir que el dolor sería uno de los problemas transversales a diferentes patologías que ocupan los primeros puestos en frecuencia, con fuerte influencia en la satisfacción de los usuarios con los profesionales sanitarios y el tratamiento indicado (75) , que además de prevalente , repercute en el día a día de las personas (29) (60) (76). Solo el 55,88% de la población ≥ 15 años declara que no ha padecido ningún dolor en las últimas 4 semanas (29) (75). Hay que tener en cuenta que si el dolor no se trata adecuadamente de forma temprana, corre el riesgo de cronificarse, y pasar a durar más allá que el problema que lo produjo en un primer momento (70) (77) .

Si la población camina hacia un envejecimiento de la sociedad, el problema del dolor tiene que formar parte de las estrategias sanitarias actuales y futuras. Donde su persistencia en el tiempo se asocia con otros problemas ya nombrados, de enorme impacto como son la ansiedad, la depresión, la reducción de la productividad y el aumento de los costos de atención médica (67) así como laboral (seguros) y al propio paciente y familia con pérdida de trabajo, coste de prótesis, apoyo en cuidados, etc. (78)

Vista esta necesidad de atención al dolor adecuadamente, y dentro del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, a finales del año 2014 se presentó el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS

(79). En el cual se dice que el dolor además de afectar de forma relevante a la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y social, representa un problema de salud pública dada su gran repercusión socioeconómica y constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud (79). El abordaje del dolor resulta prioritario, además de por lo señalado hasta ahora, por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud (79).

En este documento nacional se habla de una clasificación básica del dolor, en dos tipos, el dolor agudo y el dolor crónico. Donde el agudo sería considerado un síntoma y el crónico una enfermedad en sí, por su repercusión sobre la persona (72) (79), como hemos dicho con anterioridad. Las características del dolor, sobre todo la intensidad del mismo, tiene un impacto sobre la calidad de vida mayor que la fisiopatología misma del dolor(80).

Para conseguir un mejor control del dolor y mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen, el documento marco manifiesta que es necesario contemplar junto al tratamiento analgésico, las medidas no farmacológicas y de promoción de estilos de vida saludables (79) , para lo que es importante promover un abordaje del dolor biopsicosocial y más centrado en la persona, a través de la información y formación de los pacientes, la formación de profesionales y la promoción del autocuidado (79). Lo que implica directamente a la profesión enfermera y su rol como entrenadora en autocuidado, además de sus funciones asistenciales y de aplicación de cuidados, como de rehabilitación, etc.

A pesar de la importancia del dolor como problema de salud, los estudios indican que está infravalorado o inadecuadamente tratado por varias razones, por ejemplo: la falta formación e información del profesional sanitario; el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente; la falta de precisión,

adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor; las normas para el uso de estupefacientes; y el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor, junto con la falta de verbalización del dolor por parte del paciente y la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario (75) (81).

Por ello, el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor se une a otras iniciativas internacionales existentes para el adecuado abordaje del dolor, como por ejemplo, la de la OMS que insta a los países a incluir el dolor entre sus prioridades políticas para que sus ciudadanos reciban un tratamiento adecuado y de calidad, o la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) que ha desarrollado estándares para un adecuado manejo del dolor donde se incluye: la información al paciente, la educación de los profesionales sanitarios, la evaluación del dolor y la realización de protocolos analgésicos (79) (82) (83).

Las líneas estratégicas planteadas por este Documento Marco pasan por (79):

-Línea 1. El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS. Con los objetivos siguientes:

- 1.1. Establecer un marco para la implementación de las recomendaciones orientadas a mejorar el abordaje integral del dolor en el SNS.
- 1.2. Impulsar la participación de la ciudadanía y la capacitación de personas con dolor y sus cuidadores.
- 1.3. Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud.
- 1.4. Promover la formación y la investigación sobre dolor y su abordaje.

-Línea 2. Prevención y Atención sanitaria basada en la evidencia científica. Con los objetivos siguientes:

- 2.1. Mejorar la prevención del dolor.
- 2.2. Promover e impulsar la valoración del dolor.
- 2.3. Proporcionar una atención sanitaria integral centrada en el paciente.

-Línea 3. Tratamiento del dolor. Con los objetivos siguientes:

-3.1. Promover una atención sanitaria segura para el paciente.

-3.2. Adecuar el uso de las medidas terapéuticas para aliviar el dolor.

-Línea 4. Coordinación y continuidad asistencial, cuya meta es promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales, reflejada en los objetivos siguientes:

-4.1. Promover la comunicación y transferencia de información en las transiciones asistenciales.

-4.2. Promover la coordinación entre profesionales y entre ámbitos asistenciales.

Con este documento cuya meta es proporcionar un marco de referencia para garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el SNS, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida(79), se han establecido objetivos y recomendaciones orientadas a promover la valoración del dolor, y mejorar su prevención y atención integral; ahora es el tiempo de que cada CCAA desarrolle un plan estratégico del dolor. Algunas comunidades ya lo tenían con anterioridad a este documento, y otras no; en la Comunidad de Madrid verá la luz durante los primeros meses del año 2017, con el lema “Madrid SIN dolor”.

2.3. EL DOLOR

2.3.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL DOLOR

El dolor ha estado presente en la historia de la humanidad. Y como ella ha ido evolucionando y cambiando la forma de entenderlo y tratarlo; desde una connotación

mágica que requería de amuletos, hierbas medicinales, aspectos religiosos y de castigo que precisaban ofrendas y sacrificios, pasando por la creencia hindú de ser la causa de la insatisfacción de los deseos(84) .

Los griegos le dieron el significado de sensaciones y razón, centrado en el cerebro. Pero fue Aristóteles el que expuso que el estímulo doloroso viajaba por la piel hasta el corazón por la sangre, lugar donde se constituía el dolor como un sentimiento (84).

Con Galeno se estableció la anatomía de los nervios craneales y elaboró una teoría de sensaciones, y Alberto Magno y Mondino identificaron al cerebro como centro de la sensación dolorosa (84) .

En la época del Renacimiento, Leonardo da Vinci describe anatómicamente los nervios y se establece su relación con la sensación dolorosa, confirmando la teoría de Galeno. Y fue Descartes quien defendió que los nervios eran como tubos por donde se transmitían las sensaciones al cerebro, haciéndose consciente en la glándula pineal. (Fig.2)



Fig.2. Dibujo de René Descartes presente en su libro L'Homme en el que se describe por primera vez la presencia de la transmisión del dolor desde la periferia hasta el sistema nervioso central (85)

Durante la primera mitad del siglo XIX empezaron a surgir las primeras teorías modernas sobre el dolor, a la vez que el desarrollo de la fisiología. Y desde aquí se irá evolucionando hasta nuestros días, donde Melzack y Wall hablan de la puerta de entrada de la sensación, llegando a la teoría de la neuromatriz (84) que obligó a las ciencias médicas y biológicas a concebir el cerebro como un sistema activo que filtra, selecciona y modula los estímulos (86).

Esta Teoría del Control de la Puerta del Dolor (1965) destapó la complejidad del dolor que se entendió influenciado por algo más allá del impulso nervioso, p.ej. la atención, la ansiedad, sugestión, experiencias previas y otras variables psicológicas (87). Esta teoría significó la revolución de la investigación básica y clínica que cambió la forma en que pensamos sobre el dolor(72). Hasta entonces teníamos un concepto del dolor como un sistema de cable telefónico con impulsos eléctricos que iban de la superficie de la piel a la médula espinal y luego al cerebro donde se activaba la sensación dolorosa (72).

La teoría ayudó a explicar algunas observaciones hasta ahora sorprendentes en los seres humanos. Por ejemplo, el Profesor Henry Beecher llevó a cabo una investigación fundamental sobre los soldados heridos en la Segunda Guerra Mundial, donde se dio cuenta de que los soldados con lesiones graves no solían mostrar ningún dolor inmediatamente después de la lesión. No encontrando una relación "causa-efecto" entre el daño y el dolor. En muchos casos vio que los soldados consideraban la lesión como algo positivo ya que significaba ser condecorados y repatriados desde el frente a sus hogares (72). Beecher concluyó que "no era la lesión per sé la que determinaba el dolor, sino también el significado de la lesión". Esto hace entender el hecho de que un deportista lesionado logre jugar a pesar de tener una lesión grave de ligamentos o fractura, y termine un partido lesionado. Incluso en las llamadas situaciones de dolor agudo después de cirugía o lesión, la experiencia dolorosa de la persona dependerá no sólo de la propia lesión, sino también de los factores propios del individuo y de influencia externa que activan los procesos cerebrales y espinales que modulan el dolor (86) , de una manera similar a "abrir o cerrar una puerta", lo que facilita o no el paso de los impulsos nocivos(86) (88) (89) . De ahí el concepto de esta teoría y la necesidad de tratar el dolor teniendo en cuenta todas las esferas del ser humano.

A esta teoría se han ido añadiendo otras como la implicación de las endorfinas en la percepción del dolor, que nos hacen diferentes en el umbral del dolor entre unas personas y otras (90).

2.3.2. CONCEPTO DEL DOLOR

Siguiendo con la evolución histórica sobre el dolor, en el siglo XX se crean las primeras Unidades del Dolor de la mano del anestesiólogo John Joseph Bonica, lo que supuso la aceptación social y sanitaria de que el dolor era un problema tanto individual como colectivo. Con la publicación de su libro *Management of Pain* (1953) se establecerían las bases de la atención moderna del dolor, como son: la diferenciación entre dolor agudo y crónico, la atención por equipos multidisciplinares, y la colaboración entre investigadores básicos y clínicos (84).

Fue Bonica quien en 1973 fundó la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association Study of Pain, IASP), con la visión de trabajar juntos para aliviar el dolor en todo el mundo, y una misión de reunir a científicos, profesionales de la salud y políticos, para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en el alivio del dolor en el mundo (91).

Posteriormente, en 1979, con el fin de concienciar a todos los profesionales de la salud del importante cambio sobre el concepto de dolor, la IASP reunió a un grupo de profesionales, internacional y multidisciplinario, para desarrollar una definición del dolor que sigue vigente hasta nuestros días, y que dice así: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño”(70) (92). Esta definición deja claro que el dolor es una experiencia subjetiva, lo que hace de él una experiencia individual, que sólo es verdaderamente apreciada por el individuo que experimenta el dolor. Decía el escritor y dibujante El Perich que existían dos tipos de dolor, el nuestro que es insufrible; y el de los demás, que es exagerado (93), dando razón a lo individual de este sentimiento.

A la definición ofrecida por la IASP, Wilson (2002) añade que es una experiencia sensorial-perceptual, multidimensional y compleja; experiencia subjetiva única para cada individuo (87). Experiencia personalizada, inconmensurable y no compartible, donde diferentes grupos culturales reaccionan de manera diferente al dolor desde la

tolerancia relativa a la sobre-reacción (94). Por lo que insistimos, que el dolor es lo que el enfermo dice que es (95).

Hoy en día se apoya con fuerza un modelo "bio-psico-social" del dolor, que propone que el dolor humano es multifacético por su propia naturaleza y puede ser ampliamente descrito comprendiendo tres componentes: un componente físico (biológico) que puede implicar factores nociceptivos y / o neuropáticos; un componente de índole psicológica o incluso psiquiátrica; y otro de factores ambientales(72). Otros autores, más en el entorno de los Cuidados Paliativos, añadirían la esfera espiritual como la parte transcendental y de sentido de vida del paciente(96), situación entendible si lo que se pretende es dar una visión holística de la sensación dolorosa. Perspectiva desde las cuatro esferas humanas ya expresada por Orem a la hora de brindar cuidados a las personas (10).

El dolor se ha convertido en un problema de salud pública que hay que considerar como un derecho su tratamiento (92)(97) . Y concretamente nos vamos a referir al dolor crónico, pues éste es considerado la epidemia silenciosa de nuestro tiempo (98), y su importancia le ha llevado a ser considerado la 5ª constante(99) en el entorno sanitario, tras la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la temperatura (100).

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en AP(101), identificarlo y medirlo es importante no solo en la valoración, sino en el seguimiento y evaluación del tratamiento (102) , para lo que existen diferentes instrumentos psicométricos que facilitan la atención integral a la persona con dolor (103) (104).

Entre estas herramientas de medida para la evaluación del dolor encontramos diferentes dominios o perspectivas de estudio, como pueden ser: la intensidad del dolor, la calidad del dolor, la localización del dolor, el comportamiento debido al dolor, interferencia del dolor, calidad del sueño, depresión, funcionalidad física general, antecedentes de consumo de alcohol y fármacos, así como la mejoría y satisfacción global con el tratamiento del dolor (105). Instrumentos fiables y válidos para ayudar a entender cómo es ese dolor y cómo influye en la persona y su entorno. Siendo la intensidad el dominio que más frecuentemente se mide en el entorno clínico, debido

al objetivo principal de disminuirla (105). La medida que se obtenga, solo servirá para compararla con esa persona en concreto, y no con otra, por el significado individual y subjetivo que el dolor tiene (105). Lo que nos permite conocer las variaciones que el dolor haya tenido en ese individuo.

Las herramientas más frecuentes para medir la intensidad del dolor en el ámbito clínico son: la escala de puntuación numérica (Likert de 0 a 10), la escala de puntuación verbal de 4 puntos (“sin dolor”, “leve”, “moderado”, “intenso”) y la escala de dolor mediante las expresiones faciales-revisada de 6 puntos (desde la cara que refleja “ausencia de dolor”, hasta la cara que muestra “mucho dolor”)(105). Otros guías y documentos sugieren el uso de la Escala visual analógica (EVA), que se compone de una línea horizontal con una longitud exacta de 10 cm, limitada en los extremos por dos líneas verticales que marcan, en uno de los extremos el valor 0 “ausencia de dolor” y en el otro extremo el valor 10 correspondiente a “el mayor dolor”, donde el nivel de sensación dolorosa es señalado por el propio paciente (106). Elija la que se elija, debe ser adaptada al enfermo, por el nivel de abstracción que se necesita en algunas de ella, sobre todo en la población infantil (escala facial, escala LLANTO, etc.)(107) (108) y entre los mayores, o con deterioro cognitivo (PAINAD-sp, Campbell, etc.)(109) (110).

Como hemos venido diciendo desde el inicio hasta ahora, el dolor se ve influenciado por algo más que medir “lo físico”, por lo que se necesita de una visión más amplia, integral y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico esté asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables, para permitir una mejora global de la patología dolorosa y una menor repercusión personal, social y económica(60) (67). Evaluar sin un plan posterior, no es una buena atención a la persona con dolor crónico.

Esta necesidad de intervenir desde otro prisma, es el que puede explicar el elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en su vida cotidiana, y en la realización de las actividades diarias (111) como la realización de las tareas del hogar (67,6%), conducir o utilizar un medio de transporte (54,3%) e incluso caminar (69), lo que potenciaría el aislamiento al que se pueden ver abocadas las personas con dolor crónico. Además la implicación motora

del dolor puede influir en el número de incapacidades temporales laborales (ITL) que repercute en el sustento y soporte económico de las personas que lo sufren y sus familias, incluso pudiendo perder su trabajo por dolor. Algunos estudios presentan costes superiores en España, referente a este tema, que en los países europeos de nuestro entorno, p. ej. por patologías con lumbalgia (112).

Se precisa un abordaje que además del tratamiento físico establecido, incluya estrategias psicoemocionales (87) y sociales, por el impacto que el dolor tiene dentro de la esfera del entorno del paciente, sabiendo de la relación entre incapacidad funcional, dolor y desesperanza (113) (114), la pérdida del rol , los costes de la enfermedad (73), etc., así como la influencia de la cultura y la religión(84), y el pensar que no van a ser capaces de manejarlo, aumentando el pesimismo (69) (115), etc.

Creencias que llevan a pensar que “es normal que duela” no solo a los pacientes, sino también entre los profesionales, lo que puede conducir a no tratarlo, manteniendo el sufrimiento, o dolor innecesario, al persistir como consecuencia de un tratamiento inadecuado o por la ausencia misma de cualquier tipo de medida terapéutica (84).

Entre esas falsas creencias de los profesionales, y de la población en general, que dificultan el tratamiento adecuado del dolor encontramos algunas como (84):

- La existencia de un miedo desmesurado a los efectos indeseables de los opioides (opiofobia), especialmente a la farmacodependencia y a la depresión respiratoria.
- La prescripción de dosis inferiores a las analgésicas, a intervalos de dosificación superiores a los recomendados y en forma de pautas a demanda.
- La baja administración de los fármacos por parte de enfermería, debido a la pauta “analgésico si dolor”, indicada por los prescriptores.
- La resignación de los enfermos a sufrir dolor, influenciada por la cultura o religión, como hemos comentado con anterioridad.

Frente a esto, en la esfera de lo social, ayudan intervenciones como: el apoyo de otros, la ventilación de la emoción, el sentirse comprendido; siendo beneficioso y teniendo un impacto positivo sobre el control del dolor(115)

Cambio de cultura y modelo que se hace necesario para dar respuesta a las personas con dolor crónico que precisan ser atendidos adecuadamente por las repercusiones que tiene el dolor para ellos y la sociedad en general.

2.3.3. CLASIFICACIÓN BÁSICA DEL DOLOR: AGUDO Y CRÓNICO

Existen diferentes formas de clasificar el dolor, en este trabajo vamos a utilizar la referida al tiempo, que utiliza los conceptos de agudo y crónico. En ambos no solo es importante el tiempo, sino las diferencias fisiológicas y fisiopatológicas que median la cronificación.

El *dolor agudo* es la consecuencia inmediata de la activación del sistema Nociceptivo (Fig.3), proceso que se compone de cuatro pasos: la transducción, la transmisión, la modulación y la percepción (87):

1º. La transducción se refiere a la transformación de un estímulo nocivo periférico en un estímulo eléctrico, como señal de alarma que dispara los protectores del organismo. Generalmente está producido por un daño tisular somático o visceral, que desaparece junto a la lesión que lo produce (84) (87) (95).

2º. La transmisión es la propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del Sistema Nervioso Central (SNC) (87).

3º. La modulación es la capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, inhibiendo en las astas posteriores de la médula, sobre todo(87).

4º. La percepción es el proceso final, donde los tres primeros interactúan con una serie de otros fenómenos individuales, y crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor (87).

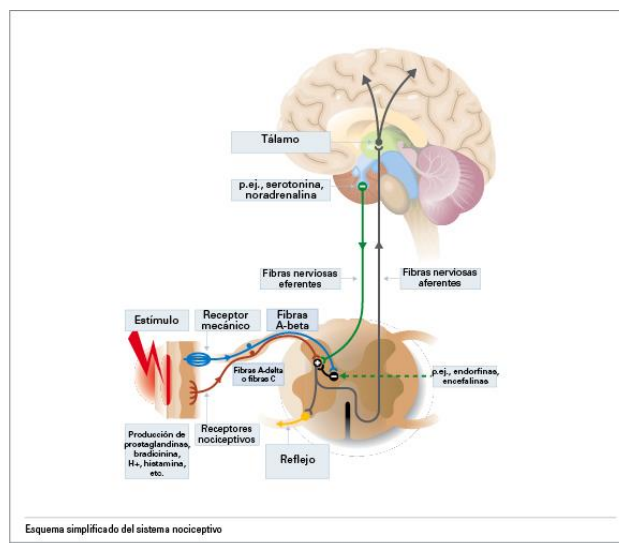


Fig.3. Sistema Nociceptivo

Fuente: Banco de imágenes CHANGE PAIN (www.changepain.org).

El umbral de estimulación de los nociceptores no es constante, depende del tejido donde se encuentre el nociceptor. La capacidad de responder a estímulos dolorosos de los nociceptores ha sido lo que les ha llevado a ser llamados “receptores del dolor”, pero no todos los tipos de dolor se deben a la activación de este grupo de receptores (87).

Mientras que el dolor agudo nos sirve de alarma de que algo amenaza nuestra integridad y nos obliga a tomar una actitud rápida para evitar mayor daño(106), y suele desaparecer tras la causa que lo produce, el dolor crónico no tiene misión alguna, y solo dificulta el confort y la calidad de vida de las personas.

El *dolor crónico* (DC) es la sensación dolorosa que persiste en el tiempo, al menos un mes más que la lesión que lo ha causado, y que permanece cuando ésta desaparece(116). Que empezó como dolor agudo, y que permaneció en el tiempo, durante un periodo mayor a 3 meses, lo que impregna la vida de la persona que lo sufre, pudiendo llegar a ser el centro de su existencia (78) (65), en los niveles más altos de intensidad.

Cuando el dolor no es a diario, y surge de forma intermitente, durante un periodo mayor de 3 meses, también se considera dolor crónico si aparece por lo menos 5 días a la semana durante este tiempo o más (75) (117).

El DC constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la asistencia sanitaria nacional, existiendo evidencia de que el dolor se trata de forma insuficiente (117). Se estima que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico(62). No solo la prevalencia del dolor crónico es alta, sino que afectará a lo largo de la vida de la persona que la padece (65) (78), siendo mayores las interferencias físicas, psicoemocionales y sociales según aumenta la edad; sin olvidar la influencia en la calidad de vida de las personas que lo sufren durante años(118) .El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida, pues disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol(118).

Problemas satélites que coexisten con el DC (depresión, ansiedad, obesidad, irritabilidad, etc.) que potencian este malestar y que además suelen ser tratados con fármacos. Sabemos que el 78,84% de los pacientes dicen recibir medicación concomitante para el tratamiento del dolor crónico, principalmente analgésicos antiinflamatorios (53,5%), ansiolíticos y antidepresivos (45,2%) e hipnóticos (7,8%). Pero además de estos problemas , existe otra comorbilidad o patologías no derivada del dolor, donde un elevado porcentaje de los pacientes (69,6%) recibe un tratamiento farmacológico no analgésico, principalmente fármacos del sistema cardiovascular (60,6%), aparato digestivo y metabolismo (37,73%), SNC (33,7%), musculoesquelético (11,4%), genitourinario (6,4%) y respiratorio (4%), y que son de seguimiento en AP. Lo que hace importante un entrenamiento del enfermo en el uso seguro de los medicamentos indicados (60) y un acompañamiento cercano desde el entorno comunitario, donde reside ese paciente.

Esta comorbilidad cardiovascular con patologías como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM)(63), hace necesario aumentar la vigilancia sobre la respuesta al tratamiento farmacológico más frecuentemente utilizado ante al dolor, como pueden ser los AINE (60), por su repercusión cardiovascular en tratamientos a largo

plazo (119). Todo esto señala la necesidad de una buena formación profesional en el manejo de la medicación, y una adecuada Educación para la Salud (EpS) individual al enfermo que maneja la medicación prescrita.

Junto a estos datos de comorbilidad y consumo de medicación, otros estudios en nuestro país señalan que el 73-78,84% de los pacientes toman medicación concomitante para el tratamiento del dolor crónico (62) (120) y cerca del 63-69,6% sufre de otros procesos diferentes al dolor, para los que se ingiere también algún tipo de fármaco(60) (62) (63), lo que pone una llamada de atención sobre la seguridad del paciente y el uso de fármacos.

Con todo ello, vemos que el dolor precisa de un cuidado desde que aparece, y prevenir su cronificación es esencial desde AP; se ha demostrado que el dolor posquirúrgico que se acompaña de ansiedad y depresión se asocia a esa cronificación del dolor, afectando a la calidad de vida del paciente y en todo lo que ello deriva(121) (122), lo que indica la necesidad de coordinación y colaboración entre entornos asistenciales (3).

2.4. ENFERMERÍA Y DOLOR CRÓNICO

Según el BOE sobre las profesiones sanitarias (123), el concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones . Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos, como pasa con la disciplina enfermera.

La Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas al final de la vida. Y tiene funciones esenciales como la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (124).

Cuando la OMS propuso en su día trabajar con un enfoque de salud y preventivo, el papel de la enfermera en el sistema cambió de forma sustancial, sobre todo a nivel de Centro de Salud. Desde un trabajo de ayuda y soporte en labores más burocráticas y centradas en la enfermedad, pasó al desarrollo de todo un catálogo de competencias propias dentro de la cartera de servicios, con intervenciones tanto preventivas como paliativas, y de seguimiento, así como de atención domiciliaria (125); ofreciendo una atención autónoma y en colaboración, para las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.

En el entorno de Atención Primaria, la enfermera puso en marcha las iniciativas y experiencias de prevención y promoción de la salud, sobre todo, al centrar su objetivo de atención en la promoción y el abordaje de los problemas de autocuidado (126) (127), de manejo de la salud y de modificación de los malos hábitos, para conseguir una gestión eficaz de la propia salud (126) (127) (128) (129) (130) (131).

El eje de la labor enfermera son los ciudadanos, y se centra específicamente en el cuidado de los mismo; lo que ellos realizan para sí, y el que dan a las personas que de ellos dependen (cuidado dependiente), determinando un nivel de salud y por ello de calidad de vida mediante la gestión de su autonomía(126). En resumen, esta atención se alinea sobre tres objetivos fundamentales:

- El aumento de la autogestión personal en el cuidado cotidiano para potenciar y promover un nivel de salud.

- El logro de un equilibrio entre las necesidades de cuidados y la capacidad para satisfacerlas en la desviación de la misma a través del cuidado rutinario.

-La gestión de la incertidumbre en situaciones especiales como son las etapas de cambio, bien sea por el desarrollo personal como por la aparición de procesos de enfermedad o sucesos adversos, todo ello apoyado en la garantía de un cuidado seguro (126)

Como profesional de carácter holístico(132), la enfermería es necesaria para la atención integral de personas con dolor, como promueve la IASP (133). La enfermera tiene como objeto principal la respuesta humana ante afecciones de salud/procesos vitales de personas, familias , grupos y comunidades (134), y se encuentra en una posición privilegiada para atender a las personas que tienen dolor por varias razones(133) :

1. Por su mayor proximidad al enfermo y su entorno, lo que facilita la identificación de los pacientes que tienen dolor.
2. Por su visión integral del ser humano, que facilita la evaluación integral del dolor incluyendo su impacto en el paciente y los miembros de la familia del paciente.
3. Con las dos características anteriores es fácil iniciar acciones tempranas para manejar el dolor y evaluar la efectividad de las mismas.

Aun así, y a pesar de la necesidad de trabajar multidisciplinariamente en el cuidado del dolor, estudios reflejan que no se utilizan todas las competencias que las enfermeras pueden ofrecer al tratamiento del dolor, como también pasa con los fisioterapeutas y otros profesionales (135) (136) y habría que potenciar una mayor participación de la enfermera.

2.4.1. EL DIAGNOSTICO ENFERMERO NANDA 00133.DOLOR CRÓNICO

La palabra diagnóstico procede del griego *διαγνωστικός* [*diagnōstikós*], que a su vez se compone del prefijo *día-*, "a través", y *gnosis*, "conocimiento" o "apto para

conocer"(137). En general, alude al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando (134).

NANDA International, Inc. es una organización sin ánimo de lucro, que supone un cuerpo de conocimiento enfermero, y proporciona una terminología estandarizada de diagnósticos enfermeros desde el punto de vista clínico(134). Esta presentación se ordena sistemáticamente como una taxonomía, con sus categorías (*Dominios*) como niveles amplios de conocimiento que agrupan *clases* que comparten atributos comunes donde se recogen las etiquetas diagnósticas (Tabla.2) (134).

Cada diagnóstico enfermero es “un juicio clínico en relación con la respuesta humana a afecciones de salud/procesos vitales, o una vulnerabilidad para esa respuesta, de un individuo, familia, grupo o comunidad” (134), es decir , se centra en el impacto que una situación tiene sobre la persona y su entorno (familia, comunidad...). Por lo que necesita de una valoración enfermera, que en AP se realiza de forma sistemática a través de los Patrones Funcionales de Salud (PFdS) definidos por M.Gordon y que proporciona una visión integral de la persona y su entorno (138).

El diagnóstico de enfermería (DdE) está adecuadamente codificado y se compone de una etiqueta diagnóstica y su definición, y de unos criterios de valoración que se utilizan para diagnosticar, como son: las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados o factores de riesgo, que pueden considerarse factores etiológicos que ayudan a clarificar el diagnóstico(134). Lo que proporciona las bases para la selección de las intervenciones enfermeras para la consecución de los resultados, sobre los cuales la enfermera tiene la responsabilidad. Y por tanto, lo que determina el plan de cuidados adecuado e individualizado.

En el tema que nos trata, hemos elegido la etiqueta diagnóstica 00133. *Dolor crónico* que pertenece al *Dominio 12. Confort*, dentro de la *Clase 1. Confort físico*. Cuya última revisión realizada por NANDA internacional 2015-2017 ha sido en 2013 (134).

El dolor en sí es de difícil definición por su enorme complejidad y subjetividad, existen diversas definiciones, pero es la dada por la IASP la aceptada por NANDA para sus etiquetas diagnósticas referidas al dolor (134).

Como hemos visto se distinguen dos tipos básicos de dolor, agudo y crónico, entre los que existen diferencias (79), de igual forma la NANDA International propone esta diferenciación dentro de su taxonomía (134) .

DOMINIOS			CLASES	
Dominio 1	PROMOCIÓN DE LA SALUD	Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función	clase 1: Toma de conciencia de la salud	Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar
			clase 2: Gestión de la salud	Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar
Dominio 2	NUTRICIÓN	Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía	Clase 1: Ingestión	Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo
			Clase 2: Digestión	Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y la asimilación
			Clase 3: Absorción	Acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales
			Clase 4: Metabolismo	Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales
			Clase 5: Hidratación	Incorporación y absorción de líquidos y electrolitos
Dominio 3	ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo	Clase 1: Función urinaria	Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina
			Clase 2: Función gastrointestinal	Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión

			Clase 3: Función tegumentaria	Proceso de secreción y excreción a través de la piel
			Clase 4 : Función respiratoria	Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo
Dominio 4	ACTIVIDAD / REPOSO	Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía	Clase 1: Sueño/reposo	Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad
			Clase 2: Actividad/ejercicio	Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia
			Clase 3: Equilibrio de la energía	Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos
			Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo
			Clase 5: Autocuidado	Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales
Dominio 5	PERCEPCIÓN / COGNICIÓN	Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación	Clase 1: Atención	Disposición mental para darse cuenta u observar
			Clase 2: Orientación	Conciencia de tiempo, lugar y persona
			Clase 3: Sensación/ percepción	Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y/o el reconocimiento de patrones
			Clase 4: Cognición	Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje
			Clase 5: Comunicación	Enviar y recibir información verbal y no verbal
Dominio 6	AUTOPER-CEPCIÓN		Clase 1: Autoconcepto	Percepción (percepciones) sobre el yo total

		Conciencia de sí mismo	Clase 2: Autoestima	Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito
			Clase 3: Imagen corporal	Imagen mental del propio cuerpo
Dominio 7	ROL / RELACIONES	Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran	Clase 1: Roles de cuidador	Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud
			Clase 2: Relaciones familiares	Asociación de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección
			Clase 3: Desempeño del rol	Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados
Dominio 8	SEXUALIDAD	Identidad sexual, función sexual y reproducción	Clase 1: Identidad sexual	Reconocerse como una persona específica en relación con la sexualidad y/o el género
			Clase 2: Función sexual	Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales
			Clase 3: Reproducción	Proceso por el cual se reproducen los seres humanos
Dominio 9	AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS	Convivir con los eventos/procesos vitales	Clase 1: Respuesta postraumática	Reacciones tras un trauma físico o psicológico
			Clase 2: Respuestas de afrontamiento	Procesos de gestión del estrés del entorno
			Clase 3: Estrés neurocomportamental	Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa y cerebral
Dominio 10	PRINCIPIOS VITALES	Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco	Clase 1: Valores	Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos
			Clase 2: Creencias	Opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de valor intrínseco
			Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/ acciones	Correspondencia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones

Dominio 11	SEGURIDAD / PROTECCIÓN	Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección	Clase 1: Infección	Respuesta del huésped tras una invasión patógena
			Clase 2: Lesión física	Lesión o herida corporal
			Clase 3: Violencia	Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso
			Clase 4: Peligros del entorno	Fuentes de peligro en los alrededores
			Clase 5: Procesos defensivos	Procesos por los cuales el yo se protege de lo que es externo al yo
			Clase 6: Termorregulación	Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo
Dominio 12	CONFORT	Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social	Clase 1: Confort físico	Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor
			Clase 2: Confort del entorno	Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno
			Clase 3: Confort social	Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia
Dominio 13	CRECIMIENTO / DESARROLLO	Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo	Clase 1: Crecimiento	Progreso o regresión a través de una secuencia de etapas establecidas en la vida
			Clase 2: Desarrollo	Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas orgánicos

Tabla.2. Definición de los Dominios que identifica NANDA Internacional 2015-17, y las clases correspondientes a cada uno.

Con ello, la etiqueta diagnóstica de *Dolor crónico* se define como la “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (IASP); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses”. La codificación de esta etiqueta es 00133, y es única e irrepetible, en el caso de retirar el diagnóstico.

Las Características Definitorias que acompañan al 00133. *Dolor crónico* (DC) son las pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un DdE (p.ej. signos o síntomas) que nos hacen identificar el diagnóstico (Tabla.3):

Características Definitorias del 00133. Dolor crónico	
Alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas.	Cambios en el patrón de sueño.
Anorexia.	Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente (p.ej.: escala de dolor neonatal para lactantes, lista de verificación de dolor para ancianos con habilidades de comunicación limitadas).
Atención centrada en el yo.	Expresión facial de dolor (p.ej.: ojos sin brillo, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).
Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (p.ej.: escala de caras Wong-Baker, escala visual analógica, escala de puntuación numérica).	Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades (p.ej.: miembro de la familia, cuidador)
Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado (p.ej.: cuestionario del dolor de McGill, breve inventario el dolor)	

Tabla.3. Características definitorias del diagnóstico enfermero 00133. *Dolor crónico*

Los Factores relacionados que acompañan al 00133. *Dolor crónico* son el componente que acompaña al diagnóstico, focalizado en el problema, y que se muestran en la siguiente (Tabla.4).

Factores Relacionados con 00133. Dolor crónico		
Afección isquémica.	Aumento prolongado del nivel de cortisol.	Lesión muscular.
Afección musculoesquelética crónica.	Cambios en el patrón del sueño.	Lesión por aplastamiento.
Afección relacionada con postraumatismo (p.ej.: infección, inflamación)	Compresión nerviosa.	Malnutrición.
Agente lesivo (que puede estar presente, pero no es necesario; el dolor puede ser de etiología desconocida)	Contusión.	Manejo repetido de cargas pesadas.
Aislamiento social.	Desequilibrio de neurotransmisores, neuromoduladores y receptores.	Patrón de sexualidad ineficaz.
Antecedente de abuso de sustancias.	Deterioro del funcionamiento metabólico.	Sexo femenino.
Antecedente de ejercicio vigoroso.	Fatiga.	Trastorno genético.
Antecedente de mutilación genital.	Fractura.	Trastorno inmunitario (p.ej.: neuropatía asociada a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la varicela-zóster).
Antecedente de posturas estáticas en el trabajo.	Infiltración tumoral.	
Antecedentes de	Lesión de médula espinal.	Uso prolongado del

sobreendeudamiento.		ordenador (>20h/semana).
Aumento del índice de masa corporal.	Lesión del sistema nervioso.	Vibración de todo el cuerpo.

Tabla.4. Factores relacionados del diagnóstico enfermero 00133. *Dolor crónico*

Estos factores relacionados son las etiologías, circunstancias, hechos e influencias, relacionadas con el diagnóstico de dolor crónico.

En la Comunidad de Madrid existe la historia informatizada, y concretamente en AP, se encuentra en el soporte de APmadrid, como historia clínica única y compartida con el médico, donde la enfermera registra su valoración, diagnóstico, objetivos e intervenciones. La metodología utilizada será la planteada por Gordon para la valoración, NANDA para los diagnósticos, la Nursing Outcomes Classification (NOC) para los objetivos y la Nursing Interventions Classification (NIC) para las intervenciones enfermeras (IdE).

Hemos venido repitiendo la importancia de valorar y cuidar el dolor de las personas desde una perspectiva integral y holística, y la toma de datos sistematizada planteada en los Patrones Funcionales de Salud de Gordon , a través de sus 11 patrones lo facilita (138).

2.4.2. LA INTERVENCIÓN ENFERMERA NIC 1400. MANEJO DEL DOLOR

Tras la valoración holística, la identificación del diagnóstico y planteamiento de unos objetivos, se selecciona el plan de cuidados a realizar con sus intervenciones (IdE_NIC). La IdE_NIC se define como “cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente” (139).

Las IdE_NIC están clasificadas como una taxonomía, llamada la Nursing Interventions Classification (NIC), que lleva aproximadamente 30 años de existencia, publicándose la primera edición en 1992, hasta la actual 6ª edición de la taxonomía publicada en España en 2014 (139). Esta taxonomía incluye tanto intervenciones enfermeras propias e independientes, como intervenciones de colaboración, así como cuidados directos e indirectos (139).

Esta clasificación de intervenciones de enfermería es útil para la planificación de cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas (139).

La NIC en su totalidad describe las competencias de las enfermeras, aunque algunas de estas IdE_NIC también pueden realizarlas otros profesionales (139). Y tienen un alcance de atención o cuidado holístico, incluyendo el ámbito fisiológico, y el psicosocial.

Las IdE_NIC son utilizadas tanto para el tratamiento de enfermedades, como para la prevención de las mismas, así como el fomento de la salud; y van dirigidas a las personas individuales, familias y comunidad (139).

Cada intervención enfermera tiene una etiqueta y una definición, y se compone de un grupo de actividades. Además posee un número único de codificación, de cuatro dígitos, para facilitar la informatización, lo que no sucede para las actividades de la IdE_NIC (139). Se puede decir que es una clasificación viva, pues cada IdE_NIC es revisada periódicamente para actualizarla según evidencia.

Las actividades de cada IdE_NIC son acciones específicas, concretas, que cada enfermera realiza para alcanzar el resultado deseado, relacionado con la intervención elegida(139).

En la 6ª edición de la taxonomía en español, existen 554 intervenciones y cerca de 13.000 actividades. Las IdE_NIC se organizan en 7 campos y 30 clases (Tabla.5). Es decir, se constituye en forma de taxonomía en tres niveles; el primero referido a los

siete *campos*, cada cual incluye un segundo nivel que son las *clases*, donde cada una tiene un grupo de intervenciones enfermeras que corresponderán al tercer nivel (139).

CAMPOS						
1.Fisiológico: básico (FB)	2.Fisiológico: Complejo (FC)	3. Conductual (CD)	4.Seguridad (SG)	5. Familia	6. Sistema sanitario (SS)	7.Comunidad
A. Control de actividad y ejercicio	G. Control de electrolitos y acido-base	O. Terapia conductual	U. Control de casos de crisis	W. Cuidados de un nuevo bebé	Y. Mediación del sistema sanitario	c. Fomento de la salud de la comunidad
B. Control de la eliminación	H. Control de fármacos	P. Terapia Cognitiva	V. Control de riesgos	Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé	a. Gestión del sistema sanitario	d. Control de riesgos de la comunidad
C. Control de la inmovilidad	I. Control neurológico	Q. Potenciación de la comunicación		X. Cuidados durante la vida	b. Control de la información	
D. Apoyo nutricional	J. Cuidados perioperatorios	R. Ayuda para el afrontamiento				
E. Fomento de la comodidad física	K. Control de la piel/heridas	S. Educación de los pacientes				
F. Facilitación del autocuidado	M. Termorregulación	T. Fomento de la comodidad psicológica				
	N. Control de la perfusión tisular					

Tabla.5. Campos y clases de la taxonomía NIC

Las *intervenciones directas* comprenden acciones enfermeras fisiológicas y psicosociales, sobre el paciente. Y las *intervenciones indirectas* son el tratamiento

realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes, y esto incluye las dedicadas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria (139). La *intervención a la comunidad*, o de salud pública, está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones (139).

Dentro de la clasificación de intervenciones enfermeras, existe una específica para el cuidado de la persona con dolor (1400. *Manejo del dolor*) cuya definición es el “Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente” (139).

Las actividades recomendadas dentro de esta intervención son numerosas y facilitan esa atención integral que define a la enfermera(139):

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse efectivamente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia de dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.

- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como las causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivia del mismo.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de la técnica no farmacológica (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
- Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede.

- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.
- Asegurar las estrategias de analgesia de pretratamiento y/o no farmacológicas antes de los procedimientos dolorosos.
- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, es el caso.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.
- Considerar la posibilidad de remitir el paciente, la familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, si procede.

-Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.

-Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

-Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

Las actividades no han sido estandarizadas, por el momento, por la dificultad que conlleva y porque pueden ser modificadas según la situación, y además con ello se anularía en parte el valor aportado por la enfermera. Queremos decir, que si una enfermera precisa de una actividad de otra intervención a la seleccionada, puede realizarla si ello le lleva a conseguir su objetivo del cuidado(139). Se trata del cuidado individualizado.

Como intervención dirigida a la atención de la persona con dolor crónico, la NIC 1400. *Manejo del dolor* es la más específica, pero no la única, pues como problema multifactorial puede precisar de otras intervenciones enfermeras según el momento y valoración, así como objetivos de la enfermera.

2.5. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la asistencia sanitaria nacional, de alta prevalencia en AP, existiendo evidencia de que el dolor se trata de forma insuficiente, influyendo fuertemente en la calidad de vida de las personas, en su bienestar y el de su entorno, con importantes interferencias físicas, psicoemocionales y sociales, así como de sentido de vida.

El tratamiento adecuado se compone de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, desde un abordaje en equipo interdisciplinar y multidisciplinar, con una visión holística del problema, donde la enfermera de AP ocupa un lugar

estratégico por su proximidad al enfermo y su familia, y como entrenadora en el cuidado analgésico.

Siendo que el dolor crónico está recogido como un diagnóstico NANDA que implica también a las enfermeras, con intervenciones definidas para su cuidado, creemos que es necesario conocer más sobre las intervenciones desarrolladas por las enfermeras de AP para cuidar de la persona con dolor crónico, lo que puede contribuir a aumentar el confort y calidad de vida de estos enfermos crónicos en la Comunidad de Madrid.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

H₁: Las enfermeras de Atención Primaria identifican el dolor crónico como un problema propio, lo que hace que desarrollen intervenciones autónomas específicas (IdE_NIC) para su abordaje y control.

H₀: Las enfermeras de Atención Primaria no identifican el dolor crónico como un problema propio, lo que hace que no desarrollen intervenciones autónomas específicas (IdE_NIC) para su abordaje y control

3.2. OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles de las intervenciones de enfermería de la NIC son desarrolladas en el cuidado de la persona con dolor crónico, por la enfermera/o de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Conocer el número de etiquetas diagnósticas NANDA de *00133.Dolor Crónico* registradas por las enfermeras de AP, en la Comunidad de Madrid.

- Detallar las intervenciones enfermeras de la NIC ligadas a la etiqueta diagnóstica NANDA 00133.*Dolor Crónico* registradas por las enfermeras de AP , en la Comunidad de Madrid.
- Identificar otras etiquetas diagnósticas NANDA que coexisten con la del 00133.*Dolor crónico* en el entorno de AP, en la Comunidad de Madrid.
- Determinar qué episodios CIAP conviven con el diagnóstico enfermero 00133.*Dolor Crónico* en el entorno de AP, en la Comunidad de Madrid.
- Conocer la frecuencia en la utilización de las intervenciones enfermeras de la NIC en el cuidado de la persona con 00133.*Dolor crónico*, según la opinión de las enfermeras de AP de la Comunidad de Madrid, referido al dolor crónico no oncológico.
- Conocer la frecuencia de registro de las intervenciones enfermeras de la NIC en el cuidado de la persona con dolor crónico no oncológico en el entorno de AP, en la Comunidad de Madrid.

METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional transversal descriptivo.

Este estudio consta de dos partes, una que nos describirá lo que hace la enfermera (registro de APmadrid), y otra parte, lo que enfermera dice que hace en el cuidado de la persona con dolor crónico (cuestionario on-line).

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid.

4.3. PERIODO EVALUADO

4.3.1. PARA LOS DATOS DE APMADRID

El periodo evaluado de la información extraída de APmadrid es de cinco años, que corresponde al 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015. Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de los mismos.

4.3.2. PARA LOS DATOS DE ENCUESTA ON-LINE

El periodo de tiempo para la realización de la encuesta on-line ha sido de dos meses (Periodo del 01/04/2016 al 01/06/2016).

4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

-Pacientes ≥ 18 años con historia clínica informatizada en APmadrid, y que tengan etiqueta diagnóstica 00133. *Dolor crónico*, que sigan registrados a 31 de diciembre de 2015.

-Enfermeras asistenciales de AP que atienden a personas ≥ 18 años. Un total de 2972 enfermeras.

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

4.4.1.1. DATOS DE APMADRID

4.4.1.1.1. Del profesional de enfermería

-Enfermeras asistenciales de AP, en el ámbito rural y/o urbano, del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que atiendan a personas en edad adulta ≥ 18 años.

-Trabajar en un puesto asistencial de un equipo de un Centro de Salud en AP

4.4.1.1.2. De pacientes

- Población general con historia clínica informatizada (HCI) en APmadrid que tengan la etiqueta diagnóstica NANDA 00133. *Dolor crónico*, atendidos en el periodo de tiempo evaluado, y que sigan registrados en APmadrid a 31 de diciembre de 2015.

Dado que la clasificación NANDA no distingue entre el tipo de dolor crónico, en nuestro caso oncológico y no oncológico, y no existiendo la posibilidad de discriminar dentro de la etiqueta diagnóstica NANDA al no oncológico, incluiremos ambos tipos de dolor, en esta parte del estudio.

- Ser igual o mayor de 18 años

4.4.1.2. DATOS CUESTIONARIO ON-LINE

4.4.1.2.1. Del profesional de enfermería

- Enfermeras asistenciales de AP, en el ámbito rural y/o urbano, del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que atiendan a personas en edad adulta ≥ 18 años.

- Trabajar en un puesto asistencial dentro de un equipo de un Centro de Salud en AP

- Voluntariedad en la cumplimentación del cuestionario on-line

4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

4.4.2.1. DATOS DE APMADRID

4.4.2.1.1. Del profesional de enfermería

- Enfermeras asistenciales de AP, en el ámbito rural y/o urbano, del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que no atiendan a personas en edad ≥ 18 años
- Enfermeras de pediatría en AP
- Enfermeras del modelo tradicional (CUPO), por no estar adscritas a la reforma de AP, cuya labor asistencial se centra prácticamente en tareas burocráticas (141).

4.4.2.1.2. De pacientes

- Población general con historia clínica informatizada en APmadrid que no tengan la etiqueta diagnóstica NANDA 00133. *Dolor crónico*, durante el periodo de tiempo evaluado.

4.4.2.2. DATOS CUESTIONARIO ON-LINE

4.4.2.2.1. Del profesional de enfermería

- Enfermeras asistenciales de AP, en el ámbito rural y/o urbano, del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que no atiendan a personas en edad ≥ 18 años
- Enfermeras de pediatría en AP.

-Enfermeras del modelo tradicional (CUPO). por no estar adscritas a la reforma de AP, cuya labor asistencial se centra prácticamente en tareas burocráticas (141).

-No desear participar en la cumplimentación del cuestionario on-line.

4.5. VARIABLES DE ESTUDIO

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse (142). En nuestro estudio tenemos dos espacios de recogida de la información:

4.5.1. DEL REGISTRO APMADRID

Partimos de datos anónimos que surgen de las historias clínicas electrónicas o informatizadas (HCI) de los pacientes activos, con 18 años o más, en APmadrid en el periodo de estudio.

APmadrid es el programa utilizado en la Comunidad de Madrid para la gestión de la HCI en AP.

4.5.1.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

4.5.1.1.1 Datos del paciente

-Edad: Datos enteros, variable continua, con los valores dentro de intervalos, donde solo se debe seleccionar uno.

-Sexo: Hombre – Mujer; variable cualitativa, de característica dicotómica, donde solo se debe seleccionar una posibilidad.

4.5.1.1.2 Etiqueta diagnóstica 00133. *Dolor crónico*.

Definido por la experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses.

Etiqueta a estudio registrada por las enfermeras de AP, relacionada con el paciente anonimizado, a través de la historia informatizada de APmadrid.

4.5.1.1.3. Intervenciones Enfermeras de la NIC relacionadas con 00133. *Dolor crónico*, en el mismo paciente.

4.5.1.1.4. Episodios de la CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) relacionados con 00133. *Dolor crónico*.

4.5.1.1.5. Diagnóstico NANDA que coexisten con el de 00133. *Dolor crónico*

4.5.2. DEL CUESTIONARIO ON-LINE

4.5.2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

4.5.2.1.1. Del profesional

-Edad: Datos enteros, variable continua, con los valores dentro de intervalos, donde solo se debe seleccionar uno.

-Sexo: Hombre – Mujer, variable cualitativa, de característica dicotómica, donde solo se debe seleccionar una posibilidad.

-Nivel académico: Diplomada/Graduada, Especialista, Máster, Doctora, y Otros (respuesta abierta). Esta variable cualitativa, que se ha recogido y tratado con cuatro variables dicotómicas “sí/no”: Especialista, Master, Doctora y otros., donde se selecciona únicamente una respuesta que será el nivel más alto conseguido por la enfermera que responde.

-Años de trabajo enfermero: Datos enteros, variable continua, con valores dentro de intervalos, donde solo se debe seleccionar uno.

4.5.2.1.2. Del instrumento/cuestionario on-line

-Intervenciones enfermeras identificadas en la 6ª edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (139) que se han relacionado con el cuidado de las personas con dolor crónico. Cada IdE_NIC tiene una codificación oficial reconocida, que se ha utilizado para su identificación y análisis. Se seleccionó un total de 91 IdE_NIC con una opción única de respuesta sobre una escala tipo Likert (con 5 posibles respuestas). En el cuestionario, cada IdE_NIC incluye su definición para evitar errores de identificación.

4.5.2.2. VARIABLES DEPENDIENTES

-Frecuencia de utilización de la IdE_NIC:

valor 0	valor 1	valor 2	valor 3	Valor 4
nunca la utilizo	la utilizo poco	la utilizo ni mucho, ni poco	la utilizo mucho	la utilizo siempre

-Frecuencia de registro de la Intervención Enfermera:

valor 0	valor 1	valor 2	valor 3	Valor 4
nunca la registro	la registro poco	la registro ni mucho, ni poco	la registro mucho	la registro siempre

4.6. MÉTODOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

4.6.1. FUENTES DE DATOS

4.6.1.1. DESDE HCI DE APMADRID

Datos anónimos de pacientes en activo, desde las historias clínicas en el sistema informático de AP, mediante las instrucciones o preguntas a través de sentencia SQL (Structured Query Language) de las Bases de datos de AP-Madrid, según criterios definidos.

El lenguaje estructurado de consultas o SQL, lo conforman una serie de comandos, cláusulas y funciones que permiten realizar cualquier operación sobre la información almacenada en la base de datos (143). SQL no es exactamente un lenguaje de programación, pero lleva implícita la complejidad de estas herramientas (143).

Datos anonimizados de pacientes activos registrados, nos referimos a que no están fallecidos, ni están en histórico; adultos ≥ 18 años de los que se obtuvo:

-El nº de etiquetas diagnósticas NANDA 00133.*Dolor crónico* e intervenciones enfermeras de la NIC relacionadas con este diagnóstico.

-Las diferentes etiquetas diagnósticas NANDA que coexisten con la de 00133. *Dolor crónico*.

-Episodios CIAP relacionados con 00133 *Dolor crónico*.

-Datos generales del paciente con etiqueta 00133. *Dolor crónico*.

Los cortes de recogida de datos han sido de los periodos anuales desde el 01/01/2011 al 31/12/2015, un total de 5 años.

Los datos se recogieron en hoja Excel para posteriormente proceder a realizar un control de calidad de los datos, buscando sentido a los mismos: espacios, modificaciones en el CIAP, etc.

Desde aquí se pasó al análisis estadístico.

4.6.1.2. DESDE EL CUESTIONARIO ON-LINE

Para esta parte del estudio se realizó un instrumento (Anexo-1) para la recogida de datos en forma de cuestionario on-line, auto-administrado, dirigido a las enfermeras de AP con la intención de identificar las IdE_NIC que se utilizan para abordar el cuidado de las personas con dolor crónico no oncológico, a través de la plataforma Typeform®.

Elegimos acotar el estudio al dolor crónico no oncológico, por ser más prevalente en AP con patologías del aparato locomotor en los primeros puestos (60) (144) (145) . Y porque el dolor crónico oncológico y el no oncológico requieren diferentes enfoques en el tratamiento, y como tales, estas poblaciones deben ser estudiadas por separado(146). La vivencia de la persona y el impacto, es diferente en ambos tipos.

Sobre la IdE_NIC referida, donde figuraba la definición de la misma, se seleccionaba la frecuencia de utilización en la persona con dolor crónico no oncológico.

Para cumplimentar el cuestionario, se envió un correo electrónico corporativo a cada responsable de Enfermería de todos los Centros de Salud del SERMAS para que tuvieran conocimiento del estudio e informaran a los profesionales enfermeros de la realización del mismo (Anexo-2), y para comunicarles que les llegaría un correo corporativo (@salud.madrid.org) con la invitación a participar en este estudio.

La contribución de la enfermera se basaba en cumplimentar un cuestionario on-line de acceso desde una URL adjunta en el mismo correo recibido. Se solicitó la participación a todas las enfermeras asistenciales que trabajaban en AP del SERMAS, que cumplieran los criterios de inclusión, informándoles del estudio y pidiéndoles su participación voluntaria y desinteresada (Anexo-3). El cuestionario estuvo activo para responder durante dos meses, del 01/04/2016 al 01/06/2016.

Por decisión de la investigadora de este estudio, el cuestionario realizado ad-hoc se apoyó en las IdE_NIC que, para atender a la persona diagnosticada de *00133.Dolor crónico*, se proponían en la 3ª edición de la obra *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos* publicado por Elsevier-Mosby, cuyas autoras son Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M y Swanson E (147)

Del total de las IdE_NIC , la investigadora decidió excluir aquellas que iban dirigidas a población infantil , < 18 años y situaciones especiales como embarazo e intervenciones específicas de uso hospitalario, y se incluyeron otras relacionadas con el dolor crónico incluidas en la 6ª ed. de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (139), que la autora del estudio consideró adecuadas tras consultar la bibliografía actual sobre dolor crónico, y que no estaban en la obra de Johnson et al. publicada en 2012 (147)

Sobre cada IdE_NIC seleccionada, se respondía seleccionando una sola respuesta a través de una escala Likert, con la siguiente categoría:

- No la utilizo
- La utilizo poco
- La utilizo ni mucho, ni poco
- La utilizo frecuentemente
- La utilizo siempre

4.6.1.2.1. Pilotaje

Se realizaron 2 fases dentro del pilotaje del cuestionario on-line:

- 1ª fase en la que se contó con 10 enfermeras asistenciales de AP, con más de 5 años de profesión, que fueron seleccionadas por su implicación en actividades de la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP). La captación se realizó por vía telefónica y la participación fue voluntaria. La sociedad científica de enfermería SEMAP está federada dentro de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP).

Tras este primer pilotaje, se encontró que era muy extenso (70% de las participantes) tardando alrededor de 30 minutos en su cumplimentación, y se detectó dificultad en recordar la definición exacta de la IdE_NIC por parte de las enfermeras (40%).

Este pilotaje también nos sirvió para analizar si las instrucciones se comprendían y si los ítems funcionaban de manera adecuada; se evaluó el lenguaje y la redacción(148) .

Tras esta primera valoración, se redujo el nº de IdE_NIC y se concretó la relación de intervenciones de enfermería para el cuestionario on-line. Ante las intervenciones mayores, que se subdividen en específicas, solo se escogió la mayor por incluirlas a éstas últimas, y así disminuir el nº de ítems.

- 2ª fase del pilotaje se realizó con 30 enfermeras de AP, seleccionadas como en la primera fase, cuya número fue suficiente para una muestra estimada mayor a 300 encuestados (148) . El resultado de este pilotaje dio un tiempo aproximado para cumplimentar el cuestionario de 13 minutos de media (donde el tiempo menor fue de 8 minutos y el máximo de 30), no hubo ningún problema para entender la pregunta general y cómo responderla, salvo posibilidad de confusión entre el valor 0 (nunca utilizo) y el valor 1 (no suelo utilizarla).

Se reportó que algunas de las enfermeras seguían teniendo problemas para diferenciar las intervenciones, pues el 40% de ellas decían tener dudas y la necesidad de buscar su significado. El 29,5% informó utilizar muchas de las IdE_NIC presentadas, pero no registrarlas en la historia de APmadrid, entre sus comentarios, y preguntaban si se

hacía referencia a lo que se realiza en consulta o a lo que se registra en la HCI. Esto llevó a efectuar algunos cambios en el cuestionario que ahora reflejamos:

1º. Cambiar las definiciones de los valores de respuestas de la escala Likert a:

0. Nunca la utilizo

1. la utilizo poco

2. la utilizo ni mucho ni poco

3. la utilizo mucho

4. la utilizo siempre

2º. Aclarar que nos referimos a las IdE_NIC que desarrollan en consulta (registren o no)

3º. Añadir la definición de la IdE_NIC en cada pregunta, para aclarar el concepto de la misma y evitar la confusión entre intervenciones.

4º. Incluir al final del cuestionario una pregunta sobre el nivel de registro, la cual sería tratada de forma cerrada.

La versión definitiva del cuestionario se refleja en el Anexo-1.

4.6.1.2.2. Plataforma Typeform©

Typeform nos permite realizar encuestas on-line, pudiendo: diseñar, recopilar y analizar la encuesta. Permite ajustar el grado de confidencialidad de las respuestas pudiendo registrar, o no, el origen de cada respuesta. En este estudio aseguramos el anonimato de los profesionales, identificando la participación con un código automático. <https://www.typeform.com/>

Semanalmente se realizó un seguimiento de los datos exportados automáticamente a un Excel (lo que facilitaría el posterior trabajo con el programa SPSS para el análisis) donde quedaban registrados los datos que iban surgiendo de los cuestionarios realizados.

Se realizaron dos recordatorios a través de correo corporativo, desde la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria (GAP), para promover la colaboración en el estudio. En todo contacto por esta vía se daba el correo electrónico de la autora del mismo para la posible resolución de problemas o dudas sobre la investigación y/o cuestionario.

El cuestionario se inició con una presentación del estudio, y la solicitud de cumplimentarlo solo si se atendía a personas adultas ≥ 18 años. Se solicitaba la participación voluntaria y anónima, así como el permiso implícito a la respuesta para poder utilizar los datos que de las respuestas se obtuvieran.

Las primeras preguntas de carácter sociodemográfico eran cerradas de respuesta cualitativa que, tras codificación, se manejaron de forma cuantitativa; de carácter nominal como el sexo y formación académica, y otras de carácter continua como edad y años trabajados. Tras esta primera parte se encontraba la relación de IdE_NIC posibles en el cuidado del dolor crónico.

Cada pregunta sobre la frecuencia de utilización en la práctica de la IdE_NIC era de tipo cerrada de carácter ordinal, para la que se buscaba una sola respuesta en una escala del 0 al 4 (ver en apartado de variables) donde 0 sería “no la utilizo nunca” y 4 “la utilizo siempre”; y en el caso de la pregunta sobre el registro de las IdE_NIC, iría desde el “nunca registro” a “registro siempre”. Los datos obtenidos se trataron a través de una distribución de frecuencias, para facilitar el análisis con SPSS.

Todas las preguntas eran de obligada respuesta no pudiendo pasar a la siguiente si no se respondía la anterior. Se pretendía que sobre cada IdE_NIC se seleccionara una única respuesta sobre la frecuencia de utilización de dicha intervención, en la escala Likert comentada.

4.7. ANALISIS ESTADISTICO

Una vez organizados y tabulados los datos en Excel se analizaron estadísticamente a través del programa IBM SPSS versión 22.

4.7.1. ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Parte del análisis está apoyado en la estadística descriptiva (149) (150) para conseguir el recuento, ordenación y clasificación de los datos obtenidos por las observaciones. Posteriormente, los resultados se representaron en tablas y gráficos para simplificar la complejidad de los datos de la distribución. Asimismo, se calcularon parámetros estadísticos para caracterizar la distribución:

4.7.1.1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL: MEDIA (M) Y MEDIANA (MD)

Un de las medidas que se utilizó fue la *media*, que se define como el dato común esperado que surge de la suma de todos los valores de una variable dividida entre el número total de datos de los que se dispone.

Otra medida utilizada en este estudio fue la *mediana*, cuyo valor está en la mitad de los datos por encima de dicho valor y a la otra mitad por debajo.

Si la media y la mediana son iguales, la distribución de la variable será simétrica. La media es muy sensible a la variación de las puntuaciones. Sin embargo, la mediana es menos sensible a dichos cambios.

4.7.1.2. MEDIDAS DE DISPERSIÓN: DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE)

Con ella pretendemos describir la dispersión de los datos. Existen distintas formas de cuantificar esa variabilidad, este estudio utiliza la desviación típica o *desviación estándar* para reflejar la dispersión de la distribución y se expresa en las mismas unidades de medida de la variable.

4.7.2. ESTADISTICA INFERENCIAL

La estadística inferencial o inductiva se ha utilizado para plantear y resolver el problema de establecer previsiones y conclusiones generales sobre una población a partir de los resultados obtenidos (150).

4.7.2.1. T DE STUDENT (DATOS PARAMÉTRICOS)

Se ha utilizado para comparar la media de una variable cuantitativa en dos grupos independientes. Supone distribución normal, aunque en este estudio, con unos tamaños muestrales tan elevados, en los grupos, lo importante es contrastar la igualdad de varianzas, lo que se realiza con la prueba de Levene.

Teniendo en cuenta la prueba de Levene para analizar la igualdad de las varianzas:

-Si $\text{Levene} < 0,05$ significa que no son iguales las varianzas, por lo que interpretaríamos la significación del estadístico t de Student no asumiendo varianzas iguales.

-Si $\text{Levene} \geq 0,05$ observamos la significación del estadístico T de Student que asume varianzas iguales.

4.7.2.2. ANOVA F (DATOS PARAMÉTRICOS)

El análisis de varianza de un factor (ANOVA-F) se utilizó para comparar en más de dos grupos una variable cuantitativa. Se trata de la comparación de la distribución de una variable continua normal en función de una serie de categorías o niveles.

A la variable categórica que define los grupos que comparamos la llamamos independiente o factor, y a la variable cuantitativa en la que deseamos comparar los grupos la llamamos dependiente; para averiguar si existen o no diferencias entre ellos.

La hipótesis que se pone a prueba en el ANOVA de un factor es que las medias poblacionales son iguales. Si las medias poblacionales son iguales, eso significa que los grupos no difieren en la variable dependiente y que, en consecuencia, la variable independiente o factor no condiciona o influye en la variable dependiente.

Si las medias poblacionales son iguales, las medias muestrales serán parecidas, existiendo entre ellas tan sólo diferencias atribuibles al azar. En ese caso, la estimación basada en las diferencias entre las medias reflejará el mismo grado de variación que la estimación basada en las diferencias entre las puntuaciones individuales, dentro de los grupos, y el cociente F tomará un valor próximo a 1. Si las medias muestrales son distintas, la estimación reflejará mayor grado de variación que la estimación y el cociente F tomará un valor mayor que 1. Cuanto más diferentes sean las medias, mayor será el valor de F.

El estadístico F se interpreta de forma en que si el nivel crítico asociado al estadístico F (es decir, si la probabilidad de obtener valores como el obtenido o mayores) es menor que 0,05, rechazaremos la hipótesis de igualdad de medias y concluiremos que no todas las medias poblacionales comparadas son iguales. En caso contrario, no podremos rechazar la hipótesis de igualdad y no podremos afirmar que los grupos comparados difieran en sus promedios poblacionales.

4.7.2.3. PRUEBA MANN-WHITNEY (DATOS NO PARAMÉTRICOS)

Aunque lo más importante para los test t y F es comprobar la homogeneidad de varianzas, también hemos observado las significaciones de los test Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov, para comprobar si los datos cumplen las hipótesis de Normalidad. En ninguna de las comparaciones realizadas se verifica que los datos cumplan las hipótesis de normalidad en todos los niveles de los factores considerados. Por este motivo añadimos a las tablas la significación de los test no paramétricos.

La prueba de Mann-Whitney es la versión no paramétrica de la prueba t de Student. El planteamiento de partida es:

- Las observaciones de ambos grupos son independientes.
- Las observaciones son variables ordinales o continuas.
- Bajo la hipótesis nula, la distribución de partida de ambos grupos es la misma.
$$P(X > Y) = P(X < Y)$$
- Bajo la hipótesis alternativa, los valores de una de las muestras tienden a exceder a los de la otra.

4.7.2.4. PRUEBA KRUSKAL-WALLIS (DATOS NO PARAMÉTRICOS)

La prueba de Kruskal-Wallis se ha utilizado para probar si un grupo de datos proviene de la misma población. Intuitivamente, es idéntico al ANOVA con los datos reemplazados por rangos. Es una extensión de la prueba de Mann-Whitney para 3 ó más grupos. La prueba de Kruskal-Wallis no asume normalidad en los datos, en oposición al tradicional ANOVA. Sí asume, bajo la hipótesis nula, que los datos vienen de la misma distribución.

4.7.2.5. PRUEBAS POST HOC

La prueba de post hoc permite contrastar combinaciones dos a dos entre los niveles de la variable factor. Se obtienen las diferencias de medias, el error típico de la diferencia y el nivel crítico asociado a cada diferencia (significación). Los grupos cuyas medias difieran de forma significativa (a nivel de 0,05) son los que presentan diferencias estadísticamente significativas entre sí (151).

Cuando la F de la tabla de análisis de la varianza es significativa sólo se puede concluir que, por lo menos, dos niveles del factor producen distintos efectos en la dependiente. Quiere esto decir que habrá que estudiar entre qué niveles se den esas diferencias significativas. Por tanto, post-hoc se realizará donde ANOVA revele que puede existir diferencias significativas entre los grupos (inter-grupos) $<0,05$ (151).

Cuando se rechaza la hipótesis nula de no diferencia, de más de dos medias en un análisis de varianza, se ha utilizado la prueba del Rango múltiple de Duncan para determinar cuáles de los pares de medias son diferentes.

4.8. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En todo momento de este estudio, se han establecido las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (152).

Los datos obtenidos de las historias clínicas informatizadas han sido anonimizados, y para la obtención de los mismos se presentó el proyecto de este estudio a la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, dando su conformidad.

Los profesionales de Enfermería han sido informados de los objetivos del estudio, de cómo sería su colaboración, y de la utilización posterior de los datos obtenidos. Su participación se solicitó voluntaria y desinteresada. Guardando siempre su anonimato.

Este estudio no ha tenido financiación, ni está sujeto a conflicto de intereses por parte de la autora, se pretende conocer más sobre las intervenciones enfermeras en el Dolor Crónico, para mejorar el cuidado de los ciudadanos que lo sufren.

4.9. INFORME DE LA COMISIÓN CENTRAL DE INVESTIGACIÓN

Este estudio ha obtenido el certificado favorable de la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, según consta en el Acta 03/16, para su realización en AP de la Comunidad de Madrid (Anexo-4).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. DEL REGISTRO EN APmadrid

5.1.1. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS NANDA 00133.DOLOR CRÓNICO

Para conocer los casos con diagnóstico NANDA 00133. *Dolor crónico* (DdE_DC) hemos utilizado la historia clínica informatizada de AP, extrayendo la información por SQL de las Bases de datos de APmadrid.

Durante los 5 años de lectura de datos (2011-2015), se han registrado 3158 DdE_DC dentro de los planes de cuidados de enfermería, en el sistema informatizado de AP de la Comunidad de Madrid.

En estos años de estudio, el registro ha ido aumentando, salvo en el periodo de 2015 que decrece, presentando 72 diagnósticos menos que en el año 2014, bajando un 2,3% las etiquetas de DdE_DC identificadas durante el año 2015.

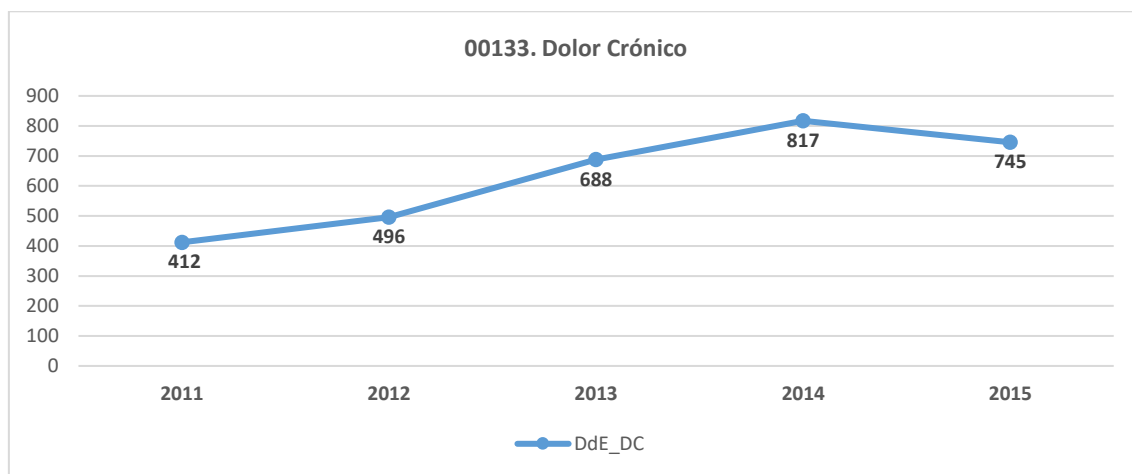


Fig. 4. Nº de DdE_DC registrados por las enfermeras durante los años 2011 a 2015 en APmadrid

Año	nº DdE_DC	% total DdE_DC	Diferencia DdE_DC
2011	412	13,0	
2012	496	15,7	+ 84
2013	688	21,8	+192
2014	817	25,9	+129
2015	745	23,6	- 72
total	3158	100	

Tabla 6. Registro de DdE_DC (nº de casos por año)

5.1.2. PERFIL DE LA PERSONA CON 00133.DOLOR CRÓNICO (SEXO, EDAD)

De la población correspondiente a los casos de DdE_DC identificados, podemos decir que se diagnostica más en mujeres (2314 casos) que en hombres (844 casos).

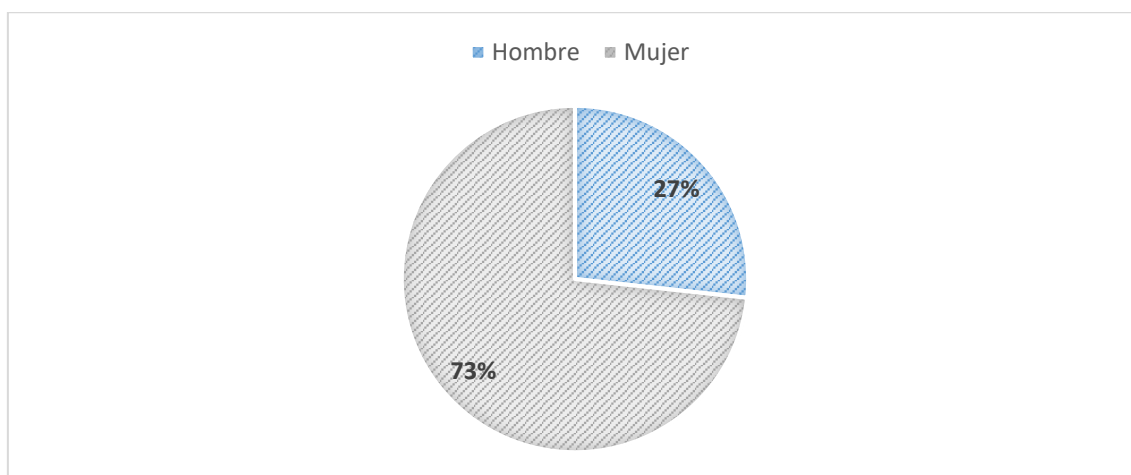


Fig. 5. Población de pacientes con DdE_DC ≥ 18 años según sexo

La edad más representada del paciente en el momento del diagnóstico, corresponde al grupo de personas mayores, ocupando los primeros puestos los individuos que han superado los 75 años (50,6%) donde la población alrededor de los 80-85 años serían los que presentan más casos de DdE_DC. La mediana de edad corresponde a 75 años [18-103].

Edad del paciente (años)	N	M	MD	mín	máx
	3158	71,83	75,00	18	103

Tabla 7. Edad del paciente en el momento del diagnóstico de DdE_DC

Alrededor del 74,6% de los pacientes con DdE_DC superan los 65 años.

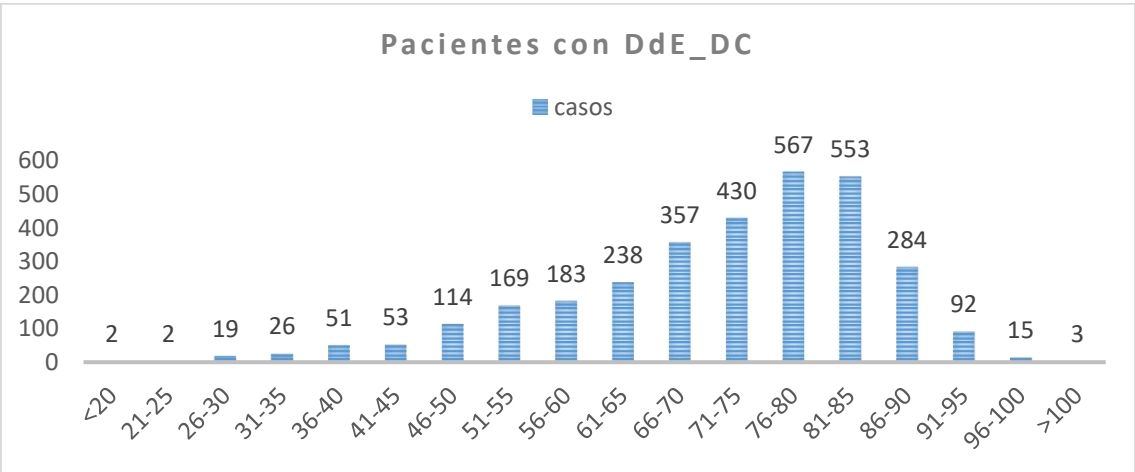


Fig. 6. Pacientes con DdE_DC agrupados por edad (años), ≥18 años

5.1.3. DISTRIBUCIÓN DE LA ETIQUETA 00133.DOLOR CRÓNICO

5.1.3.1. POR DIRECCIÓN ASISTENCIAL

Por Direcciones Asistenciales (DA) de AP, la DA-Centro ha sido con diferencia la que más DdE_DC ha registrado, 766 casos, que corresponden al 24,3 % del total realizado por las enfermeras en AP. En segundo lugar aparece la DA-Sureste con 512 diagnósticos (16,2%) y la DA-Norte con 491 (15,5%).

Más alejada de éstas, la DA-Este aparece con un registro de 413 casos (13,1%), y las DA-Noroeste, DA-Oeste y DA-Sur, con datos de 393, 389 y 194 respectivamente. La frecuencia ordenada del total de casos por DA, relacionada con la población ≥ 18 registrada en el área de la DA correspondiente, se refleja en la tabla 8.

DA	DdE_DC	% DdE_DC
CENTRO	766	24,3
SURESTE	512	16,2
NORTE	491	15,5
ESTE	413	13,1
NOROESTE	393	12,4
OESTE	389	12,3
SUR	194	6,1
total	3158	100

Tabla 8. DdE_DC por Dirección Asistencial de AP, relacionado con la población

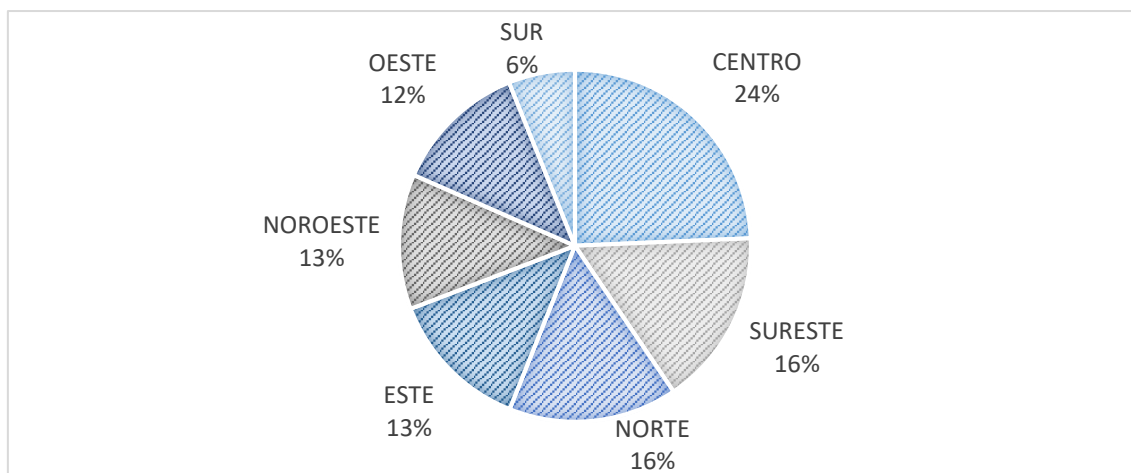


Fig. 7. Porcentaje de DdE_DC por Dirección Asistencial de AP. SERMAS

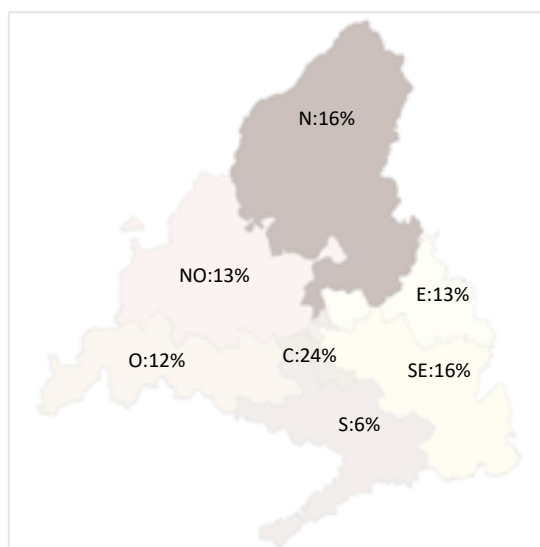


Fig. 8. Mapa de Madrid con el porcentaje de DdE_DC por Dirección Asistencial de AP. SERMAS

5.1.3.2. POR CENTRO DE SALUD

El Centro de Salud (CS) que más ha registrado DdE_DC ha sido General Ricardos (inscrito a la DA-Centro) con 267 registros (8,5% del total), seguido por el CS Jazmín con 103 registros (3,3% del total) perteneciente

3. a la DA-Este. Posteriormente encontramos el CS Soto del Real (DA-Norte), CS Lucero (DA-Centro) y CS Buenos Aires (DA-Sureste) con 56, 54 y 53 etiquetas respectivamente.

Tras estos datos, las cifras siguen alejándose de los primeros puestos, con cantidades como el CS Barajas con 44 casos de DdE_DC (DA-Este) , el CS Navalcarnero con 43 (DA-Oeste), el CS Peña Prieta con 42 (DA-Sureste) , Belmonte del Tajo con 40 (DA-Sureste) y el CS Segovia con 40 casos (DA-Noroeste) . El resto sigue bajando, dando cifras de menos del 1,3% del total de DdE_DC identificados por la enfermería comunitaria durante los 5 años de estudio. En la tabla 9. mostramos los CS que han registrado más de 10 etiquetas diagnósticas en estos años, lo que corresponde al 67% del total de los DdE_DC registrado en AP, el resto de centros puede consultarse en los anexos (Anexo-5).

CS_AP	Nº DdE_DC	% DdE_DC
C.S. GENERAL RICARDOS	267	8,5
C.S. JAZMIN	103	3,3
C.S. SOTO DEL REAL	56	1,8
C.S. LUCERO	54	1,7
C.S. BUENOS AIRES	53	1,7
C.S. BARAJAS	44	1,4
C.S. NAVALCARNERO	43	1,4
C.S. CIUDAD JARDIN	42	1,3
C.S. PEÑA PRIETA	41	1,3

CONS. BELMONTE DE TAJO	40	1,3
C.S. SEGOVIA	40	1,3
C.S. BARRIO DEL PILAR	38	1,2
C.S. DR. CASTROVIEJO	37	1,2
C.S. ENTREVIAS	37	1,2
C.S. CACERES	35	1,1
C.S. NUÑEZ MORGADO	35	1,1
C.S. ROSA LUXEMBURGO	35	1,1
CONS. VILLANUEVA DE PERALES	34	1,1
C.S. MAR BALTICO	33	1,0
C.S. GUAYABA	32	1,0
C.S. JOSE MARIA LLANOS	32	1,0
C.S. IBIZA	31	1,0
C.S. VICALVARO - ARTILLEROS	31	1,0
C.S. RAMON Y CAJAL	27	0,9
C.S. MONOVAR	26	0,8
C.S. PACIFICO	26	0,8
C.S. PANADERAS	26	0,8
C.S. ALICANTE	25	0,8
C.S. DOCTOR PEDRO LAIN ENTRALGO	25	0,8

C.S. LAS CALESAS	25	0,8
CONS. FUENTE EL SAZ	25	0,8
C.S. EL PARDO	24	0,8
C.S. ARROYO DE LA VEGA	23	0,7
C.S. DELICIAS	23	0,7
C.S. FRANCIA	23	0,7
C.S. LOS YEBENES	23	0,7
C.S. ORCASUR	22	0,7
C.S. NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	21	0,7
C.S. PUERTA DEL ANGEL	20	0,6
C.S. INFANTA MERCEDES	19	0,6
C.S. MARIA JESUS HEREZA	19	0,6
C.S. CEA BERMUDEZ	18	0,6
C.S. LOS CARMENES	18	0,6
C.S. ORCASITAS	18	0,6
CONS. VILLAMANTILLA	18	0,6
C.S. EMBAJADORES	17	0,5
C.S. PASEO IMPERIAL	17	0,5
C.S. DR. TAMAMES	16	0,5
C.S. LAS OLIVAS	16	0,5

C.S. LAVAPIES	16	0,5
C.S. SAN FERNANDO	16	0,5
C.S. CASA DE CAMPO	15	0,5
C.S. FRONTERAS	15	0,5
C.S. LAS CORTES	15	0,5
C.S. CIEMPOZUELOS	14	0,4
C.S. CUZCO	14	0,4
C.S. LEGAZPI	14	0,4
C.S. MAQUEDA	14	0,4
C.S. CARAMUEL	13	0,4
C.S. GOYA	13	0,4
C.S. JOSE MARVA	13	0,4
C.S. SANTA ISABEL	13	0,4
C.S. DR. TRUETA	12	0,4
C.S. REINA VICTORIA	12	0,4
CONS. COLMENAR DEL ARROYO	12	0,4
C.S. ABRANTES	11	0,3
C.S. CASTILLA LA NUEVA	11	0,3
C.S. COLMENAR VIEJO NORTE	11	0,3
C.S. FEDERICA MONTSENY	11	0,3

C.S. JUNCAL	11	0,3
C.S. LAS AMERICAS	11	0,3
C.S. LOS ALPERCHINES	11	0,3
C.S. LOS ROSALES	11	0,3
C.S. PERALES DEL RIO	11	0,3
C.S. SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS	11	0,3
C.S. SANTA HORTENSIA	11	0,3
C.S. VILLABLANCA	11	0,3
CONS. VILLAR DEL OLMO	11	0,3

Tabla 9. Nº de DdE_DC por CS durante el periodo 2011-2015

En la tabla 10. se refleja el estado de la etiqueta DdE_DC durante el tiempo de estudio, y si ha sido cerrado durante este periodo, por diferentes causas. Vemos que el 42% sigue abierto, y la primera causa de cierre es el seguimiento controlado, seguido de la resolución.

Estado DdE_DC	Frecuencia	%
Abierto	1328	42,1
Seguimiento Controlado	747	23,7
Resolución	744	23,6
No Resolución	128	4,1
Fallecimiento	81	2,6
Inasistencia	77	2,4
Abandono	53	1,7
Total	3158	100,0

Tabla 10. Evolución del DdE_DC en los años de estudio

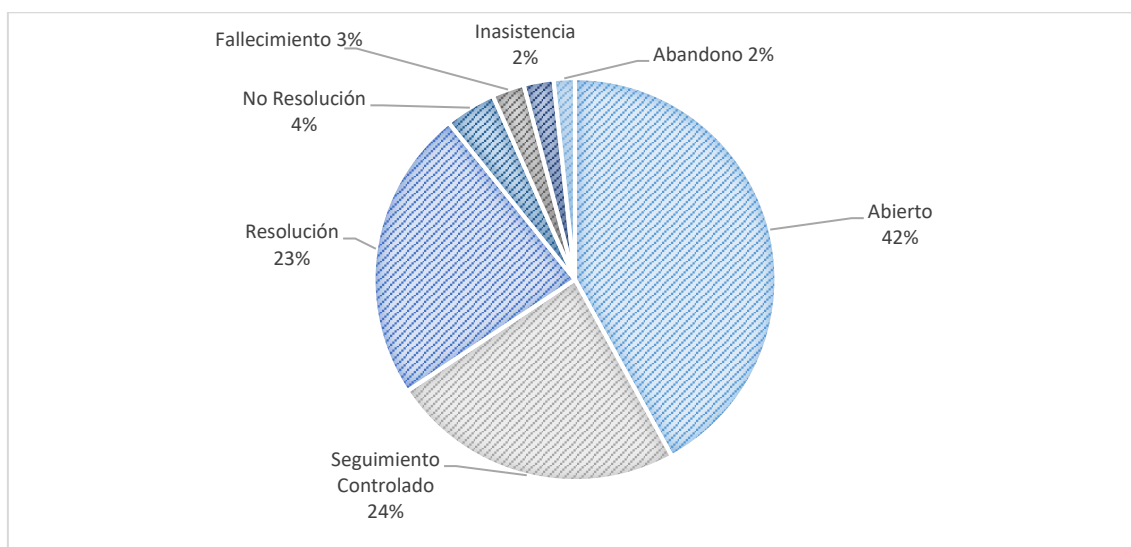


Fig. 9. Evolución del DdE_DC

5.1.4. COMORBILIDAD RELACIONADA CON 00133. DOLOR CRÓNICO

5.1.4.1. COMORBILIDAD NANDA

El DdE_DC coexiste con otros diagnósticos enfermeros. Hemos encontrado 3297 DdE que llamaremos comorbilidad enfermera (DdE_Comorbilidad). De éstos, 1689 se cierran por algún motivo durante el periodo de estudio (tabla 11)

Cierre DdE_Comorbilidad	frecuencia	%
Resolución	932	28,3
Seguimiento Controlado	453	13,7
Fallecimiento	112	3,4
No Resolución	77	2,3

Abandono	76	2,3
Inasistencia	39	1,2
Total	1689	51,2

Tabla 11. Motivo de cierre de los DdE que conviven con el DdE_DC

Por lo que cerca del 50% de la comorbilidad enfermera que convive con el DdE_DC podemos decir que se resuelve (45,4% se dejan de seguir por “resolución”, “seguimiento controlado” o “fallecimiento”) frente al otro 50% de los DdE que siguen junto al DdE_DC, influyendo en el bienestar y salud de la persona.

Los DdE más frecuentes que engloban esta comorbilidad enfermera, por orden de casos de mayor a menor, son : *00046.Deterioro de la integridad cutánea* en el 10,9% de la comorbilidad enfermera, seguido del *00155.Riesgo de caídas* (8,5%) , *00082.Manejo efectivo del régimen terapéutico* (6,6%) , *00001.Desequilibrio nutricional: por exceso* (5,5%), *00084.Conductas generadoras de salud* (4,7%), *00095.Deterioro del patrón de sueño* (4,2%) , *00088.Deterioro de la deambulación* (3,5%), *00186.Disposición para mejorar el estado de inmunización* (2,9%), *00085.Deterioro de la movilidad física* (2,8%), *00011.Estreñimiento* (2,8%) , *00043.Protección inefectiva* (2,7%) , *00044.Deterioro de la integridad tisular* (2,4%), *00146.Ansiedad* (2,3%) , *00004.Riesgo de infección* (2,2%), *00132.Dolor agudo* (2,2%) , *00047.Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (1,9%) y *00122.Trastorno de la percepción sensorial* (1,9%) entre otros (a partir de aquí son porcentajes <1,5)

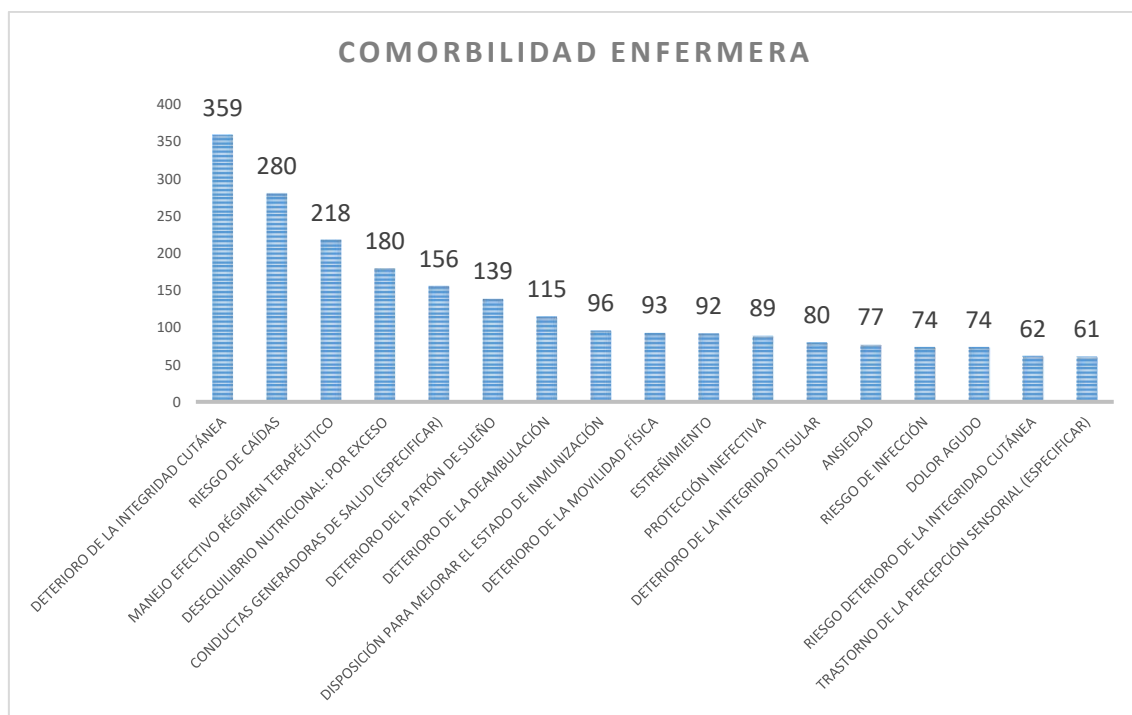


Fig. 10. DdE_Comorbilidad (I) en el 68% de los casos DdE_DC

Este gráfico (Fig. 10) representa la comorbilidad enfermera que convive con el 68% de las personas con dolor crónico, y el gráfico siguiente (Fig. 11) muestra el 13,6% siguiente, que junto al anterior (Fig.10) significaría la comorbilidad NANDA que convive entre el 80% de las personas con DdE_DC, problemas que son atendidos también por las enfermeras de AP.

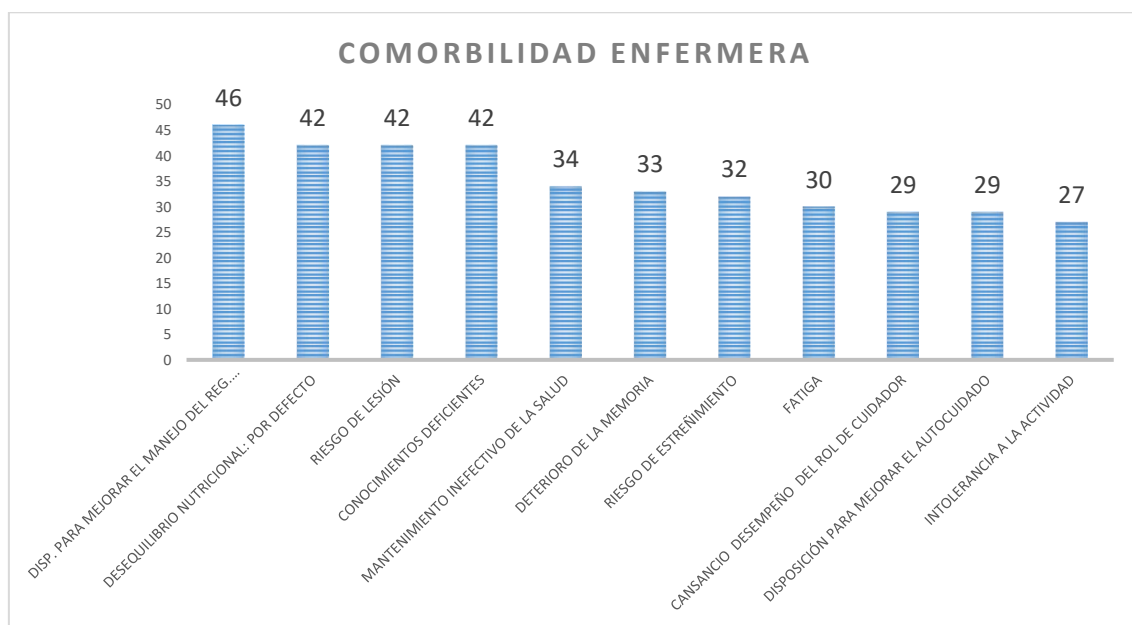


Fig. 11. DdE_Comorbilidad (II) en el 13,6% de los casos de DdE_DC

5.1.4.2. EPISODIOS CIAP

En la HCI de APmadrid, de un episodio CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) cuelga el DdE identificado y registrado por la enfermera. Lo que hace relacionar esa patología con una necesidad de cuidados, con un posible DdE y un plan de intervención enfermera.

El episodio CIAP más frecuente relacionado con el DdE_DC, se refiere al grupo del aparato locomotor (L) con 1835 casos, cuyo dato significa un 58,1% de los casos de DdE_DC. Dentro de estos problemas, los relacionados con la espalda son los más frecuentes con un 30,7% del total del grupo (Anexo-6). En la tabla 12. se representa los CIAP en orden decreciente, correspondiente al 80% de los CIAP relacionados con el DdE_DC.

Existe un dato de CIAP *dolor generalizado/múltiple* (A01) con 132 casos, relacionado con DdE_DC, que representaría el 4,2% de los casos de dolor crónico registrado por la enfermera.

Por otro lado, existen otros episodios CIAP que se relacionan con la etiqueta de DdE_DC y que son el A99 y A99.01 correspondientes al de *Enfermedad Terminal y Paciente con Necesidades Paliativas*, respectivamente. Ambos tienen el mismo significado y agrupan el mismo tipo de pacientes (A.99.01 es la nueva identificación) alcanzando los 160 casos, con una representación del 5% del total de registros de DdE_DC (Anexo-6).

CIAP	definición	frecuencia	%
L99	Otras enfermedades del aparato locomotor	340	10,8
L86	Síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor	257	8,1
(no consta)	(no consta)	218	6,9
EVOLUCION	(Actividades Preventivas)	197	6,2
L03	Signos/síntomas lumbares	167	5,3
L84	Síndromes lumbares/torácicos sin irradiación del dolor	141	4,5
A01	Dolor generalizado/múltiple	132	4,2
L91	Otras artrosis	108	3,4
L15	Signos/síntomas de la rodilla	102	3,2

L95	Osteoporosis	94	3,0
A99.01	Paciente con necesidades paliativas	89	2,8
L88	Artritis reumatoide	79	2,5
L28	Incapacidad/minusvalía del aparato locomotor	72	2,3
A99	Otras enfermedades generales no especificadas (Enfermedad Terminal; Necesidades Paliativas)	71	2,2
L18.01	Dolor muscular	65	2,1
K86	Hipertensión no complicada	64	2,0
L13	Signos/síntomas lumbares	49	1,6
L92	Síndromes del hombro	49	1,6
L01	Signos/síntomas del cuello	39	1,2
L02	Signos/síntomas dorsales	36	1,1
L14	Signos/síntomas del muslo y de la pierna	29	0,9
L08	Signos/síntomas del	28	0,9

	hombro		
L20	Signos/síntomas articulares no especificados	27	0,9
T90	Diabetes mellitus no insulino dependiente	22	0,7
N99	Otras enfermedades neurológicas	21	0,7
K95	Venas varicosas en extremidades inferiores	20	0,6

Tabla 12. Episodios CIAP relacionados con el 80% de los casos DdE_DC

No consta el registro de episodio CIAP en 218 casos (6,9%), donde cuelgan DdE_DC. Revisando en el desarrollo descriptivo del “episodio sin identificar” hemos rescatado 154 definiciones que podrían clasificarse dentro de la CIAP. Entre ellos aparecen 107 clasificables dentro del Aparato locomotor (L), 34 que pertenecerían al A99.01 del Paciente con necesidades paliativas, 4 casos a Piel y faneras (S), 3 casos a Sistema nervioso (N) , 2 casos a Aparato digestivo (D), 2 casos a Aparato circulatorio (K), 1 caso a Problemas psicológicos (P) y otro único caso a Aparato urinario (U). Perderíamos 64 episodios CIAP que no tenían descripción, pero sí estaban relacionados con DdE_DC. Debido a un problema de calidad de registro del programa informático de AP.

Como hemos comentado, entre estos CIAP “no identificados correctamente” por el profesional que registraba, una vez corregido el registro de datos, los del grupo Locomotor serían los más representativos, con el 69,5%, donde los problemas de espalda significarían el 81,3% de los correspondientes a este aparato. Pasando a engrosar más las cifras de los problemas de espalda que hemos reflejado en la Tabla 12.

Entre el registro CIAP encontramos el episodio “Evolución” que corresponde a un registro de una antigua versión informática, que luego se retiró. Este episodio se relacionaba con el apartado Actividades Preventivas, significando un error de registro el colgar de él los DdE_DC que tienen otros episodios para relacionarse. Este CIAP ha supuesto el 6,2%, del cual no podemos extraer datos para vincular con el DdE_DC, por no tener desarrollo descriptivo.

Por orden de frecuencia los episodios en las Fig. 12. y Fig. 13. se presentan los CIAP más frecuentes relacionados con el DdE_DC.

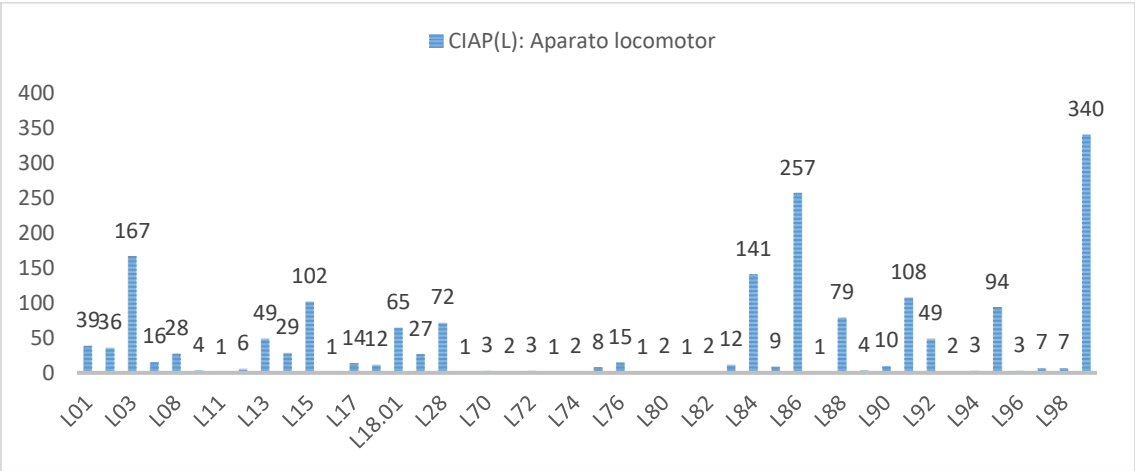


Fig. 12. Episodios CIAP (I) más relacionados con el DdE_DC

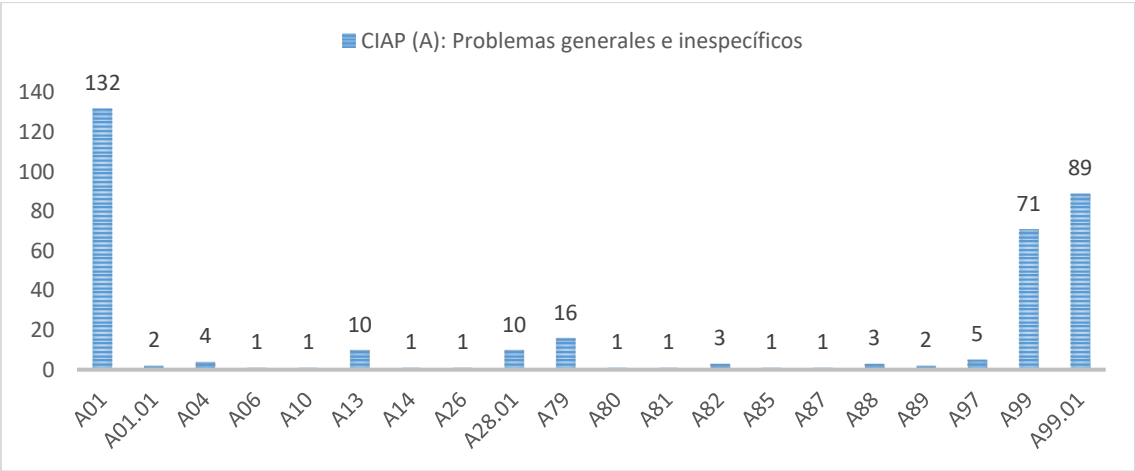


Fig. 13. Episodios CIAP (II) más relacionados con el DdE_DC

5.1.5. INTERVENCIONES ENFERMERAS UTILIZADAS ANTE EL 00133.DOLOR CRÓNICO

Cada diagnóstico NANDA de Dolor crónico registrado tiene un determinado seguimiento y frecuencia de IdE_NIC. Durante el periodo de estudio, ha habido cambios en alguna etiqueta de la NIC, no así en el concepto y la codificación. Por lo que hemos utilizado el nombre de la etiqueta actualizada. Otras han sido anuladas, pero mantenemos los datos obtenidos.

Vemos que en su mayoría (48,9%), los planes del DdE_DC tenían una sola intervención enfermera. El 23% de los diagnósticos tenían 2 IdE_NIC y el 12% de los diagnósticos tenían 3 IdE_NIC (Fig. 14). Por debajo del 10% de los casos, aumentan la frecuencia de IdE_NIC.

Se identifica un caso único con 192 intervenciones enfermeras, que corresponde a un problema de lumbalgia (L03). Encontramos 82 etiquetas de DdE_DC que no tienen ninguna NIC registrada, y por tanto, ninguna intervención realizada para cuidar a la persona con dolor crónico.

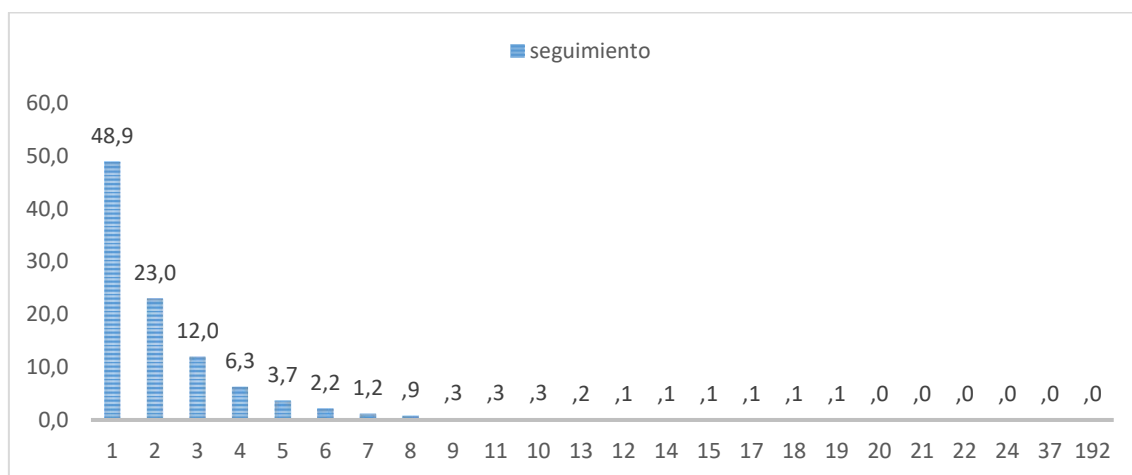


Fig. 14. Seguimientos (%) en los planes de cuidados referentes al DdE_DC (n= 3158 DdE_DC)

Las intervenciones enfermeras más frecuentes registradas para cuidar a las personas con DdE_DC durante estos 5 años, han sido las referidas a los campos Fisiológico: Básico y Fisiológico: Complejo. Las IdE_NIC más representadas (Tabla 13) han sido: *1400.Manejo del dolor, 2210.Administración de analgésicos, 2380.Manejo de la medicación, 2300.Administración de medicación, 6482.Manejo ambiental: comodidad* (actualmente: *Manejo ambiental: confort*) y *1380.Aplicación de calor o frío*.

IdE_NIC	M	MD	DE	mín	máx
1400 Manejo del dolor	1,56	1,00	3,276	0	149
2210 Administración de analgésicos	0,86	0,00	1,742	0	33
2380 Manejo de la medicación	0,57	0,00	2,392	0	116
2300 Administración de medicación	0,57	0,00	1,878	0	59
6482 Manejo ambiental: confort	0,42	0,00	1,302	0	22
1380 Aplicación de calor o frío	0,26	0,00	0,885	0	13
2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA)	0,12	0,00	0,612	0	12
4920 Escucha activa	0,09	0,00	0,594	0	14
6040 Terapia de relajación simple	0,09	0,00	0,531	0	14
5900 Distracción	0,08	0,00	0,541	0	14
1480 Masaje	0,07	0,00	0,530	0	14
1460 Relajación muscular progresiva	0,06	0,00	0,474	0	14
5320 Humor	0,06	0,00	0,464	0	12
5960 Facilitar la meditación	0,04	0,00	0,368	0	7
1320 Acupresión	0,04	0,00	0,368	0	7
5460 Contacto	0,04	0,00	0,351	0	8
1340 Estimulación cutánea	0,03	0,00	0,251	0	7
5510 Educación para la salud	0,02	0,00	0,541	0	26
0200 Fomento del ejercicio	0,01	0,00	0,126	0	5
6520 Análisis de la situación sanitaria	0,01	0,00	0,207	0	9

Tabla 13. IdE_NIC más frecuentes en el cuidado de la persona con DdE_DC (M≥0,01 – 20%)

La IdE_NIC 1400. *Manejo del dolor* ha sido utilizada un nº de veces determinado en el mismo DdE_DC como refleja la Tabla 14., donde vemos que ha sido una sola vez en la mayoría de los casos de DdE_DC, aun así representa la IdE_NIC más utilizada en el cuidado de la persona con 00133. *Dolor crónico*. Frente a esto, en el 27,7% de los casos con intervención no se utilizó esta IdE_NIC, en el periodo de estudio.

1400.Manejo del dolor (nºveces x DdE_DC)	Frecuencia	%	% valido
1	1158	36,67	37,65
0	852	26,98	27,70
2	514	16,28	16,71
3	259	8,20	8,42
4	125	3,96	4,06
5	60	1,90	1,95
6	45	1,42	1,46
7	18	0,57	0,59
8	13	0,41	0,42
9	8	0,25	0,26
10	6	0,19	0,20
11	5	0,16	0,16
14	3	0,09	0,10
12	2	0,06	0,07
13	2	0,06	0,07
19	2	0,06	0,07
17	1	0,03	0,03
22	1	0,03	0,03
37	1	0,03	0,03
149	1	0,03	0,03

Total	3076	97,40	100,00
Sin IdE_NIC	82	2,60	
Total DdE_DC	3158	100,00	

Tabla 14. Nº de veces utilizada la IdE_NIC 1400. *Manejo del dolor*, en el seguimiento del DdE_DC

La segunda IdE_NIC más utilizada, referida a la administración de analgésicos, tuvo una frecuencia reflejada en la Tabla 15. Se observa que se utilizó en el 38% de los casos de DdE_DC. Casi siempre en frecuencia de 1 vez, 2 ó 3 veces, y así sucesivamente como se expone en la tabla mencionada.

2210.Administración de analgésicos (nº veces x DdE_DC)	Frecuencia	%	% válido
0	1909	60,45	62,06
1	574	18,18	18,66
2	259	8,20	8,42
3	148	4,69	4,81
4	69	2,18	2,24
5	42	1,33	1,37
6	36	1,14	1,17
7	11	0,35	0,36
8	8	0,25	0,26
11	5	0,16	0,16
9	3	0,09	0,10
13	3	0,09	0,10
10	2	0,06	0,07
12	2	0,06	0,07
14	2	0,06	0,07
20	1	0,03	0,03
21	1	0,03	0,03

33	1	0,03	0,03
Total	3076	97,40	100,00
Sin IdE_NIC	82	2,60	
Total DdE_DC	3158	100,00	

Tabla 15. Nº de veces utilizada la IdE_NIC 2210. *Administración de analgésicos*, en el seguimiento del DdE_DC

En estas dos tablas queda reflejado el nº de veces que es desarrollada la IdE_NIC, en un paciente con DdE_DC; en este caso hablamos de las dos IdE_NIC más realizadas en estos 5 años.

5.1.5.1. INTERVENCIONES ENFERMERAS AGRUPADAS POR CAMPOS Y CLASES

Agrupando las IdE_NIC más identificadas en nuestro estudio, en los campos indicados por la Nursing Interventions Classification, observamos que los más puestos en práctica por las enfermeras de AP son los *Fisiológicos* (Básico y Complejo) en primer lugar, seguido por el *Conductual*, en tercer lugar el de *Seguridad* y en el último puesto el de *Sistema Sanitario* (Tablas 16, 17, 18, 19).

CAMPOS	CLASES	INTERVENCIONES		M	Mediana	DE	min	máx	%
1. FISIOLÓGICO: BÁSICO	A. Control de actividad y ejercicio	180	Manejo de la energía	0,00	0,00	0,03	0,00	1,00	0,10
		200	Fomento del ejercicio	0,01	0,00	0,13	0,00	5,00	0,40
		201	Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza (Antes: Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión)	0,00	0,00	0,09	0,00	5,00	0,03
		202	Fomento del ejercicio: estiramientos (Anterior: Fomento de ejercicios: extensión)	0,00	0,00	0,06	0,00	3,00	0,10
		221	Terapia de ejercicios: ambulación	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03
	B. Control de la eliminación	430	Control intestinal	0,00	0,00	0,05	0,00	3,00	0,03
		620	Cuidados de la retención urinaria	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03
	C. Control de la inmovilidad	910	Inmovilización	0,00	0,00	0,13	0,00	7,00	0,10
	D. Apoyo nutricional	1020	Etapas en la dieta	0,00	0,00	0,09	0,00	4,00	0,10
		1100	Manejo de la nutrición	0,00	0,00	0,08	0,00	4,00	0,20
		1160	Monitorización nutricional	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03
		1260	Manejo del peso	0,00	0,00	0,03	0,00	1,00	0,10

2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO		1280	Ayuda para disminuir el peso	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03
		5246	Asesoramiento nutricional	0,00	0,00	0,09	0,00	4,00	0,10
	E. Fomento de comodidad física	1320	Acupresión	0,04	0,00	0,37	0,00	7,00	1,80
		1380	Aplicación de calor o frío	0,26	0,00	0,89	0,00	13,00	11,80
		1340	Estimulación cutánea	0,03	0,00	0,25	0,00	7,00	1,50
		6482	Manejo ambiental: Confort (Anterior: Manejo ambiental: Comodidad)	0,42	0,00	1,30	0,00	22,00	19,80
		1400	Manejo del dolor	1,56	1,00	3,28	0,00	149,00	72,30
		1460	Relajación muscular progresiva	0,06	0,00	0,47	0,00	14,00	3,00
		1480	Masaje (Anterior: Masaje simple)	0,07	0,00	0,53	0,00	14,00	2,70
		5465	Tacto terapéutico (Anterior: Contacto terapéutico)	0,00	0,00	0,07	0,00	4,00	0,03
	F. Facilitación del autocuidado	1750	Cuidados perineales	0,00	0,00	0,05	0,00	3,00	0,03
		1850	Mejorar el sueño	0,00	0,00	0,08	0,00	4,00	0,10
	H. Control de fármacos	2210	Administración de analgésicos	0,86	0,00	1,74	0,00	33,00	37,90
		2300	Administración de medicación	0,57	0,00	1,88	0,00	59,00	24,20
		2313	Administración de medicación: intramuscular	0,00	0,00	0,14	0,00	5,00	0,20
		2380	Manejo de la medicación	0,57	0,00	2,39	0,00	116,00	26,60

		2390	Prescribir medicación	0,00	0,00	0,04	0,00	2,00	0,10
		2400	Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	0,12	0,00	0,61	0,00	12,00	5,90
	I. Control de la piel/heridas	3660	Cuidados de las heridas	0,00	0,00	0,07	0,00	4,00	0,03
	N. Control de la perfusión tisular	4070	Precauciones circulatorias	0,00	0,00	0,07	0,00	4,00	0,03
		4120	Manejo de líquidos	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03

Tabla 16. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases de los campos Fisiológicos

CAMPOS	CLASES	INTERVENCIONES		M	Mediana	DE	min	máx	%
3. CONDUCTUAL	O. Terapia conductual	4310	Terapia de actividad	0,00	0,00	0,05	0,00	3,00	0,03
		4480	Facilitar la autorresponsabilidad	0,00	0,00	0,03	0,00	1,00	0,10
	Q. Potenciación de la comunicación	4920	Escucha activa	0,09	0,00	0,59	0,00	14,00	4,20

	R. Ayuda para el afrontamiento	5230	Mejorar el afrontamiento (Anterior: Aumentar el afrontamiento)	0,00	0,00	0,04	0,00	2,00	0,03
		5240	Asesoramiento	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03
		5260	Cuidados en la agonía	0,00	0,00	0,06	0,00	3,00	0,10
		5320	Humor	0,06	0,00	0,46	0,00	12,00	2,70
		5440	Aumentar los sistemas de apoyo	0,00	0,00	0,04	0,00	2,00	0,03
		5460	Contacto	0,04	0,00	0,35	0,00	8,00	2,00
		5400	Potenciación de la autoestima	0,00	0,00	0,02	0,00	1,00	0,03
	S. Educación de los pacientes	5510	Educación para la salud – S y c (Anterior: Educación sanitaria)	0,02	0,00	0,54	0,00	26,00	0,70
		5520	Facilitar el aprendizaje – S y P	0,00	0,00	0,04	0,00	2,00	0,03
		5612	Enseñanza ejercicio prescrito – S y A (Anterior: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito)	0,00	0,00	0,06	0,00	2,00	0,10
		5616	Enseñanza: medicamentos prescritos – S y H	0,00	0,00	0,09	0,00	3,00	0,20

		5618	Enseñanza: procedimiento/tratamiento	0,00	0,00	0,03	0,00	1,00	0,06
	T. Fomento de la comodidad psicológica	5820	Disminución de la ansiedad	0,00	0,00	0,07	0,00	3,00	0,10
		5880	Técnica de relajación	0,00	0,00	0,07	0,00	4,00	0,03
		5900	Distracción	0,08	0,00	0,54	0,00	14,00	3,60
		5960	Facilitar la meditación	0,04	0,00	0,37	0,00	7,00	2,00
		6040	Terapia de relajación (Anterior:Terapia de relajación simple)	0,09	0,00	0,53	0,00	14,00	4,60

Tabla 17. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases del campo Conductual

CAMPOS	CLASES	INTERVENCIONES		M	Mediana	DE	min	máx	%
4.SEGURIDAD	V. Control de riesgos	6520	Análisis de la situación sanitaria	0,01	0,00	0,21	0,00	9,00	0,04
		6480	Manejo ambiental	0,00	0,00	0,04	0,00	2,00	0,10

Tabla 18. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases del campo de Seguridad

CAMPOS	CLASES	INTERVENCIONES		M	Mediana	DE	min	máx	%
6.SISTEMA SANITARIO	b. Control de la información	8100	Derivación	0,00	0,00	0,09	0,00	5,00	0,04

Tabla 19. IdE_NIC utilizadas en el cuidado de la persona con DdE_DC, agrupadas por clases del campo del Sistema Sanitario

(* Los campos 5.Familia y 7.Comunidad no han tenido ninguna IdE_NIC relacionada con el DdE_DC)

En la tabla siguiente (Tabla 20) se refleja las IdE_NIC utilizadas, agrupadas en los campos establecidos por la taxonomía NIC, donde la clase *Fomento de la comodidad física*, perteneciente al campo *Fisiológico: Básico*, es la que tiene las IdE_NIC más utilizadas, seguida de la clase *Control de fármacos* perteneciente al campo *Fisiológico: Complejo* de la taxonomía.

CAMPOS_clases	M	MD	DE	mín	máx
FB_FOMENTO_COMODIDAD_FISICA	2,44	2,00	4,195	0	149
FC_CONTROL_FARMACOS	2,13	1,00	4,889	0	208
CD_FOMENTO_COMODIDAD_PSICO	0,21	0,00	1,007	0	28
CD_AYUDA_AFRONTAMIENTO	0,10	0,00	0,648	0	16
CD_POTENCIACION_COMUNICACION	0,09	0,00	0,594	0	14
CD_EDUCACION_PACIENTES	0,03	0,00	0,560	0	26
FB_CONTROL_ACTIVIDAD_EJERCICIO	0,01	0,00	0,215	0	10
FB_APOYO_NUTRICIONAL	0,01	0,00	0,192	0	8
SG_CONTROL_RIESGOS	0,01	0,00	0,211	0	9
FB_FACILITACION_AUTOCUIDADO	0,00	0,00	0,095	0	4
FB_CONTROL_INMOVILIDAD	0,00	0,00	0,131	0	7
FC_CONTROL_PERFUSION_T	0,00	0,00	0,074	0	4
CD_TERAPIA_CONDUCTUAL	0,00	0,00	0,060	0	3
SS_CONTROL_INFORMACION	0,00	0,00	0,090	0	5
FB_CONTROL_ELIMINACION	0,00	0,00	0,057	0	3
FC_CONTROL_PIEL_H	0,00	0,00	,072	0	4
FC_CONTROL_RESPIRATORIO	0,00	0,00	0,000	0	0

Tabla 20. Relación de campos y clases más representadas en el cuidado de la persona con DdE_DC

En la Tabla 21. se refleja de forma ordenada de mayor a menor, las veces que es desarrollada una IdE_NIC perteneciente a la clase *Fomento de la comodidad física* del campo *Fisiológico: Básico* en casos de DdE_DC. Unas 2496 veces (un 80,9%) fue utilizada una IdE_NIC de este grupo, frente a unos 580 casos de DdE_DC que no utilizó una IdE_NIC de esta clase en el cuidado de la persona con dolor crónico.

CLASE: Fomento_Comodidad Física (nº veces x DdE_DC)	Frecuencia	%	% válido
1	921	29,16	29,94
2	708	22,42	23,02
0	580	18,37	18,86
4	245	7,76	7,96
3	231	7,31	7,51
6	140	4,43	4,55
5	58	1,84	1,89
8	56	1,77	1,82
12	25	0,79	0,81
9	23	0,73	0,75
7	22	0,70	0,72
10	17	0,54	0,55
11	10	0,32	0,33
14	7	0,22	0,23
15	5	0,16	0,16
16	5	0,16	0,16
20	4	0,13	0,13
18	3	0,09	0,10
17	2	0,06	0,07
24	2	0,06	0,07
38	2	0,06	0,07
13	1	0,03	0,03
21	1	0,03	0,03
22	1	0,03	0,03
26	1	0,03	0,03
27	1	0,03	0,03

37	1	0,03	0,03
42	1	0,03	0,03
44	1	0,03	0,03
49	1	0,03	0,03
149	1	0,03	0,03
Total	3076	97,40	100,00
Sin IdE_NIC	82	2,60	
Total DdE_DC	3158	100,00	

Tabla 21. Frecuencias de las IdE_NIC pertenecientes a la clase Fomento de la comodidad física

EL otro grupo importante de IdE_NIC en el cuidado de la persona con dolor crónico, es el representado por la clase *Control de Fármacos*. En la Tabla 22. vemos de forma ordenada de mayor a menor, la frecuencia de su uso. Observamos que en un 62,6% de los casos de DdE_DC fue utilizada alguna IdE_NIC de este grupo.

CLASE: Control de fármacos (nº veces x DdE_DC)	Frecuencia	%	% válido
0	1147	36,32	37,29
1	609	19,28	19,80
2	498	15,77	16,19
3	252	7,98	8,19
4	205	6,49	6,66
6	136	4,31	4,42
5	48	1,52	1,56
8	40	1,27	1,30
9	32	1,01	1,04
12	27	0,85	0,88
7	18	0,57	0,59

10	18	0,57	0,59
16	7	0,22	0,23
14	6	0,19	0,20
18	5	0,16	0,16
24	4	0,13	0,13
11	3	0,09	0,10
13	3	0,09	0,10
22	3	0,09	0,10
15	2	0,06	0,07
20	2	0,06	0,07
21	2	0,06	0,07
19	1	0,03	0,03
23	1	0,03	0,03
26	1	0,03	0,03
27	1	0,03	0,03
28	1	0,03	0,03
33	1	0,03	0,03
36	1	0,03	0,03
37	1	0,03	0,03
208	1	0,03	0,03
Total	3076	97,40	100,00
Sin IdE_NIC	82	2,60	
Total DdE_DC	3158	100,00	

Tabla 22. Frecuencias de la IdE_NIC pertenecientes a la clase Control de fármacos

5.1.5.2. INTERVENCIONES ENFERMERAS RELACIONADAS CON EL SEXO DEL PACIENTE

Cuando relacionamos el sexo del paciente con el campo y clase de la taxonomía NIC, encontramos tres clases donde habrían diferencias entre hombre y mujeres, que serían estadísticamente significativas (Tabla 23) como son: el *Fomento de la comodidad física*, la *Ayuda en el afrontamiento* y el *Fomento de la comodidad psicológica*.

Campos-clases / sexo_paciente		N	M	t (p-valor)	MW
FB_CONTROL_ACTIVIDAD_EJERCICIO	H	817	0,01	0,9645	0,6689
	M	2259	0,01		
FB_APOYO_NUTRICIONAL	H	817	0,01	0,7604	0,5300
	M	2259	0,01		
FB_FOMENTO_COMODIDAD_FISICA	H	817	2,09	0,0003	0,0049
	M	2259	2,56		
FC_CONTROL_FARMACOS	H	817	1,90	0,0425	0,5490
	M	2259	2,21		
CD_POTENCIACION_COMUNICACION	H	817	0,07	0,1964	0,5932
	M	2259	0,10		
CD_AYUDA_AFRONTAMIENTO	H	817	0,06	0,0378	0,0277
	M	2259	0,11		
CD_EDUCACION_PACIENTES	H	817	0,02	0,4443	0,9845
	M	2259	0,04		
CD_FOMENTO_COMODIDAD_PSICO	H	817	0,17	0,1165	0,0183
	M	2259	0,22		
SG_CONTROL_RIESGOS	H	817	0,00	0,4888	0,7083
	M	2259	0,01		

Tabla 23. Campos y clases relacionadas con el sexo de la persona con DdE_DC

Las IdE_NIC agrupadas en la clase *Fomento de la Comodidad física* se realiza más en mujeres que en hombres ($p < 0,001$), como también pasa en la clase *Ayuda al Afrontamiento* ($p < 0,05$), que corresponderían a los campos *Fisiológico: Básico*, y al *Conductual*, respectivamente.

La clase *Fomento de la comodidad psicológica*, también sería estadísticamente significativa, a pesar de una $p = 0,1165$ (prueba t-student), presenta una prueba Mann Whitney $< 0,05$.

En la clase *Control de fármacos* (t-student $p = 0,0425$), presenta una Mann Whitney $> 0,05$ que hace dudosa su significación.

5.1.5.3. INTERVENCIONES ENFERMERAS POR AÑO DE ESTUDIO

Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas $p < 0,001$ durante los años de estudio, en las clases *Control de actividad y ejercicio*, *Apoyo nutricional*, *Fomento de la comodidad física*, *Control de fármacos*, *Potenciación de la comunicación* y *Control de riesgos* (Tabla 24).

Campos/clases_IdE_NIC/años_estudio		N	M	DE	ANOVA F (p-valor)	KW
FB_CONTROL_ACTIVIDAD_EJERCICIO	2011	400	0,04	0,28	0,0006	0,0001
	2012	480	0,03	0,48		
	2013	670	0,00	0,00		
	2014	803	0,00	0,00		
	2015	723	0,00	0,00		
	Total	3076	0,01	0,22		

FB_APOYO_NUTRICIONAL	2011	400	0,07	0,53	0,0001	0,0001
	2012	480	0,00	0,00		
	2013	670	0,00	0,00		
	2014	803	0,00	0,00		
	2015	723	0,00	0,00		
	Total	3076	0,01	0,19		
FB_FOMENTO_COMODIDAD_FISICA	2011	400	2,72	3,51	0,0001	0,0001
	2012	480	2,30	3,67		
	2013	670	2,70	3,29		
	2014	803	2,72	6,17		
	2015	723	1,82	2,50		
	Total	3076	2,44	4,19		
FC_CONTROL_FARMACOS	2011	400	2,56	3,71	0,0003	0,0001
	2012	480	2,34	3,32		
	2013	670	2,15	3,62		
	2014	803	2,38	7,95		
	2015	723	1,44	1,97		
	Total	3076	2,13	4,89		
CD_POTENCIACION_COMUNICACION	2011	400	0,20	1,05	0,0003	0,0165
	2012	480	0,12	0,64		
	2013	670	0,09	0,58		
	2014	803	0,07	0,45		
	2015	723	0,04	0,28		
	Total	3076	0,09	0,59		
CD_AYUDA_AFRONTAMIENTO	2011	400	0,09	0,51	0,4635	0,8706
	2012	480	0,08	0,54		
	2013	670	0,12	0,89		
	2014	803	0,12	0,71		
	2015	723	0,07	0,40		

	Total	3076	0,10	0,65		
CD_EDUCACION_PACIENTES	2011	400	0,09	0,69	0,2524	0,0003
	2012	480	0,02	0,19		
	2013	670	0,01	0,18		
	2014	803	0,04	0,92		
	2015	723	0,02	0,27		
	Total	3076	0,03	0,56		
CD_FOMENTO_COMODIDAD_PSICO	2011	400	0,26	1,64	0,6935	0,8791
	2012	480	0,24	1,13		
	2013	670	0,19	0,82		
	2014	803	0,20	0,86		
	2015	723	0,18	0,74		
	Total	3076	0,21	1,01		
SG_CONTROL_RIESGOS	2011	400	0,05	0,58	0,0007	0,0001
	2012	480	0,00	0,00		
	2013	670	0,00	0,00		
	2014	803	0,00	0,04		
	2015	723	0,00	0,00		
	Total	3076	0,01	0,21		

Tabla 24. Clases de IdE_NIC por años, en el periodo de estudio

Ajustando los datos a través prueba post hoc (Duncan) podemos decir que en el grupo de *Control de actividad y ejercicio* se han realizado menos IdE_NIC en los últimos años 2013, 2014 y 2015, que en los 2011 y 2012 (Tablas 25).

FB_CONTROL_ACTIVIDAD_EJERCICIO			
Año_plan de cuidados	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
2013	670	0,00	
2014	803	0,00	
2015	723	0,00	
2012	480		0,03
2011	400		0,04
Sig.		1,000	0,47

Tabla 25. Prueba post hoc Duncan de la clase Control de actividad y ejercicio

No ha habido diferencias durante los últimos años en la clase *Apoyo nutricional* salvo en el 2011, donde se realizó más IdE_NIC (Tabla 26).

FB_APOYO_NUTRICIONAL			
Año_plan de cuidados	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
2012	480	0,00	
2013	670	0,00	
2014	803	0,00	
2015	723	0,00	
2011	400		0,07
Sig.		1,000	1,000

Tabla 26. Prueba post hoc Duncan de la clase Apoyo nutricional

Cuando observamos la clase *Fomento de la comodidad física* durante los años de estudio, observamos que durante el 2015 fue donde menos IdE_NIC de este grupo se realizaron, frente a los otros años (Tabla 27).

FB_FOMENTO_COMODIDAD_FISICA			
Año_plan de cuidados	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
2015	723	1,82	
2012	480	2,30	2,30
2013	670		2,70
2011	400		2,72
2014	803		2,72
Sig.		0,05	0,12

Tabla 27. Prueba post hoc Duncan de la clase Fomento de la comodidad física

Durante los años de estudio las IDE_NIC de la clase *Control de fármacos* ha ido decreciendo, desde el 2011 hasta el 2015. En este último año la diferencia ha sido más clara frente a los otros años (Tabla 28).

FC_CONTROL_FARMACOS			
Año_plan de cuidados	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
2015	723	1,44	
2013	670		2,15
2012	480		2,34
2014	803		2,38
2011	400		2,56
Sig.		1,000	0,199

Tabla 28. Prueba post hoc Duncan de la clase Control de fármacos

En cuanto las IdE_NIC del grupo de *Potenciación de la comunicación* se puede decir que ha ido decreciendo desde el 2011 al 2015 (Tabla 29).

CD_POTENCIACION_COMUNICACION				
Año_plan de cuidados	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
2015	723	0,04		
2014	803	0,07	0,07	
2013	670	0,09	0,09	
2012	480		0,12	
2011	400			0,20
Sig.		0,13	0,14	1,00

Tabla 29. Prueba post hoc Duncan de la clase Potenciación de la comunicación

En la clase de IdE_NIC de *Control de riesgos* existen diferencias entre las realizadas, en el 2011, donde fueron más, que en el resto de años posteriores. Las IdE_NIC pertenecientes a este grupo han ido decreciendo a lo largo de los años de estudio (Tabla 30).

SG_CONTROL_RIESGOS			
Año_plan de cuidados	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
2012	480	0,00	
2013	670	0,00	
2015	723	0,00	
2014	803	0,00	
2011	400		0,05
Sig.		0,929	1,000

Tabla 30. Prueba post hoc Duncan de la clase de Control de riesgos

Por lo general, parece que las IdE_NIC van decreciendo durante el periodo de estudio

5.2. DEL CUESTIONARIO ON-LINE: INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL DOLOR CRÓNICO NO-ONCOLÓGICO

Tras el envío del cuestionario (a través URL dentro del correo corporativo) a las 2972 enfermeras de AP, se obtuvo un nº de 435 cuestionarios cumplimentados, lo que significa una respuesta del 14,64 %.

Hubo algún reporte de dificultad en la conexión on-line, tardando más tiempo que el previsto por la lenta respuesta del ordenador con la red de AP. Problemas que en alguno de los casos se solucionó cambiando de navegador, y en otros, respondiendo desde otra red (otro domicilio, móvil, etc.).

5.2.1. PERFIL DE LAS ENFERMERAS DE AP (CUESTIONARIO ON-LINE)

De las respuestas obtenidas, el 84,14% eran profesionales mujeres, frente al 15,86% hombres (Fig.15); del tramo de edad comprendida entre 45-54 años (Fig. 16). Y con una antigüedad laboral de 21 a 30 años, seguido muy de cerca por los que llevaban más de 30 años trabajando (Fig. 17).

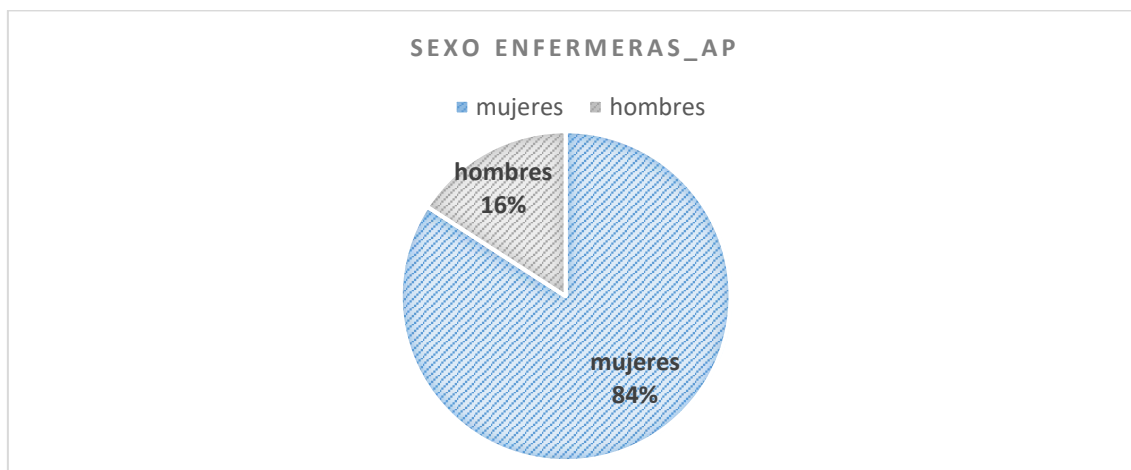


Fig. 15. Sexo de las enfermeras participantes en el cuestionario on-line

Entre las enfermeras consultadas, el 11,50% eran especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) (Fig. 18); el 14,50% habían cursado un máster y el 0,92% eran doctoras.

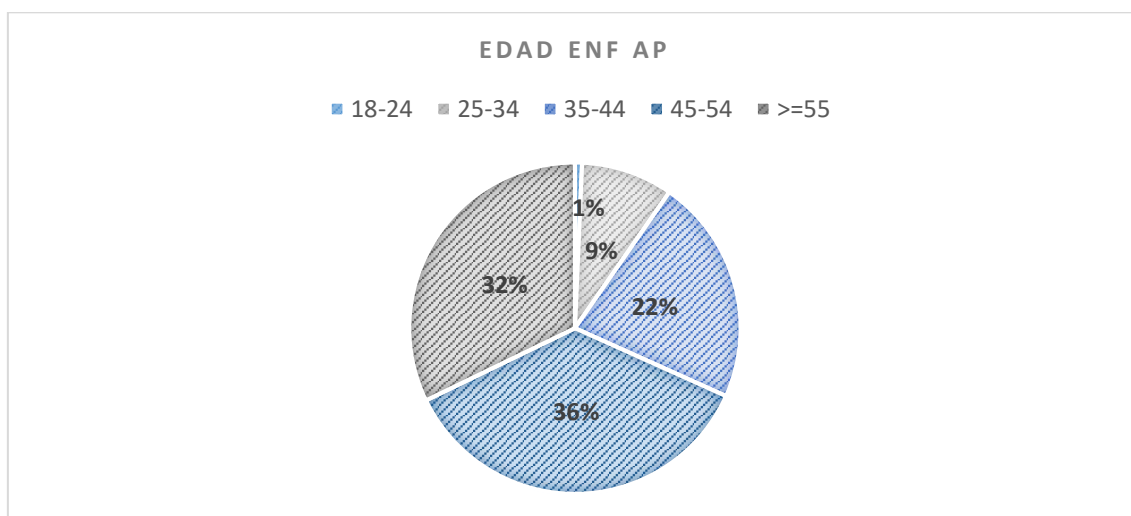


Fig. 16. Edad de las enfermeras participantes en el cuestionario on-line

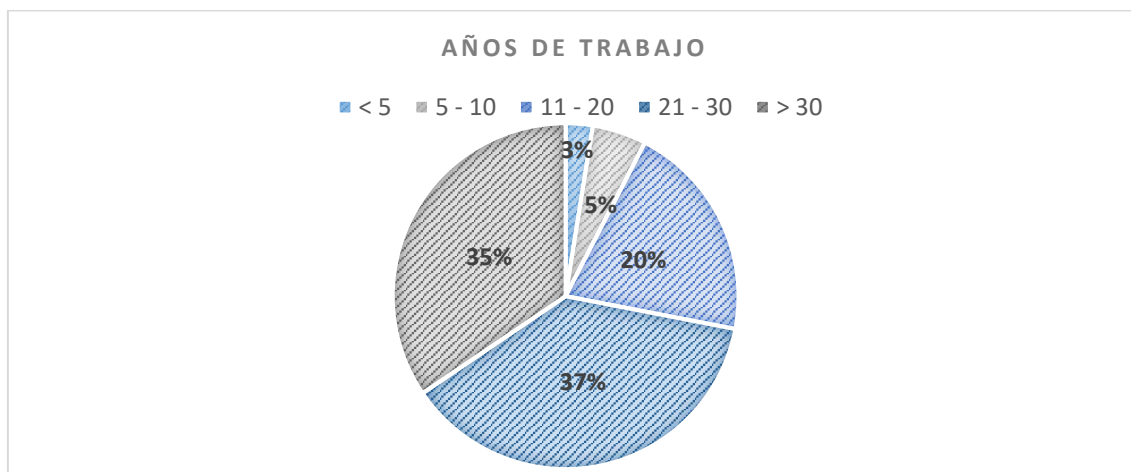


Fig. 17. Años que llevan trabajando las enfermeras participantes en el cuestionario on-line

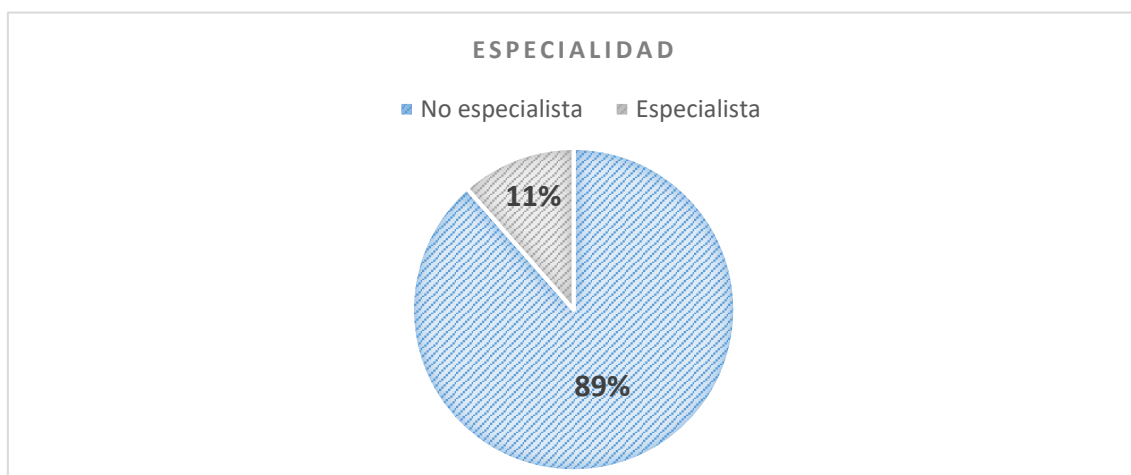


Fig. 18. Porcentaje de enfermeras especialistas en Familia y Comunitaria, entre las enfermeras participantes en el cuestionario on-line

5.2.2. FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS ANTE EL DOLOR CRÓNICO NO-ONCOLÓGICO (CUESTIONARIO ON-LINE)

Teniendo en cuenta de que 0 corresponde a “nunca utilizo”, 1 a “poco”, 2 a “ni mucho ni poco”, 3 a “utilizo mucho” y 4 a “siempre la utilizo”, en la Tabla 31. siguiente observamos la frecuencia en porcentaje de utilización de las IdE_NIC en el cuidado de la persona con dolor crónico no-oncológico (DCNO). Se presenta en orden de decreciente, de mayor a menor, según la Media (M) de utilización.

IdE_NIC	0	1	2	3	4	M	MD	DE
4920 Escucha activa	1,6	1,6	3,4	39,1	54,3	3,43	4	0,778
5270 Apoyo emocional	1,1	2,1	9,7	44,1	43	3,26	3	0,805
7920 Documentación	5,5	2,8	8,7	25,7	57,2	3,26	4	1,095
5510 Educación para la salud	0,9	3	9,2	44,8	42,1	3,24	3	0,811
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	1,4	2,1	9,2	49,4	37,9	3,20	3	0,799
0200 Fomento del ejercicio	0,5	1,4	10,8	54,5	32,9	3,18	3	0,709
2395 Control de la medicación	1,4	3,7	8,5	49,4	37	3,17	3	0,836
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	2,1	1,6	10,6	55,9	29,9	3,10	3	0,804

7710 Colaboración con el médico	3,4	2,1	10,8	49	34,7	3,09	3	0,917
2380 Manejo de la medicación	0,7	4,4	11,5	52,2	31,3	3,09	3	0,811
5606 Enseñanza: individual	1,8	4,6	12,6	49,2	31,7	3,04	3	0,891
6680 Monitorización de los signos vitales	3,7	3,2	12,9	45,7	34,5	3,04	3	0,966
1260 Manejo del peso	0,7	2,5	14,7	60,2	21,8	3,00	3	0,728
5246 Asesoramiento nutricional	1,1	4,1	12,9	59,1	22,8	2,98	3	0,791
5250 Apoyo en la toma de decisiones	2,1	4,1	17	52,2	24,6	2,93	3	0,875
7910 Consulta	4,4	6	14,3	45,5	29,9	2,91	3	1,033
4364 Elogio	7,1	4,6	11	50,3	26,9	2,85	3	1,089
5612 Enseñanza: ejercicio prescrito	2,1	4,6	15,6	62,1	15,6	2,85	3	0,813
1160 Monitorización nutricional	3,7	4,4	14,7	57,9	19,3	2,85	3	0,908
1800 Ayuda con el autocuidado	2,8	9	17	46	25,3	2,82	3	1
5330 Control del estado de ánimo	3,9	6,7	16,3	56,1	17	2,76	3	0,946
5820 Disminución de la ansiedad	2,8	5,3	21,1	57,5	13,3	2,73	3	0,857
7110 Fomentar la implicación familiar	3,9	6	20,5	52,6	17	2,73	3	0,946
2300 Administración de medicación	3,7	9	19,8	50,8	16,8	2,68	3	0,977
5240 Asesoramiento	2,1	10,8	21,1	49	17	2,68	3	0,949
5310 Dar esperanza	5,3	5,3	22,5	50,1	16,8	2,68	3	0,99
5460 Contacto	6,4	8,3	17,7	48,5	19,1	2,66	3	1,078

5328 Visitas domiciliarias de apoyo	6,9	7,8	19,3	48,3	17,7	2,62	3	1,078
4480 Facilitar la autorresponsabilidad	7,1	6,4	21,1	48,7	16,6	2,61	3	1,062
1400 Manejo del dolor	2,8	8,3	31,3	42,8	14,9	2,59	3	0,935
5395 Mejora de la autoconfianza	6	8,3	19,1	54	12,6	2,59	3	1,011
4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas	7,8	9,7	20,2	42,8	19,5	2,57	3	1,141
5440 Aumentar los sistemas de apoyo	2,5	10,3	29	44,6	13,6	2,56	3	0,937
0840 Cambio de posición	5,1	11,3	25,1	43,2	15,4	2,53	3	1,043
5400 Potenciación de la autoestima	5,1	8,7	25,3	49,7	11,3	2,53	3	0,977
4470 Ayuda en la modificación de sí mismo	4,8	8,5	27,4	48,7	10,6	2,52	3	0,961
8180 Consulta por teléfono	3	13,1	28,5	46,2	9,2	2,46	3	0,936
0221 Terapia de ejercicios: ambulación	7,1	9,7	24,1	48,3	10,8	2,46	3	1,043
5230 Mejorar el afrontamiento	3,9	12,4	31,5	41,6	10,6	2,43	3	0,97
2210 Administración de analgésicos	9,4	9,2	23,7	46,7	11	2,41	3	1,102
6650 Vigilancia	8,5	10,3	26,9	41,1	13,1	2,40	3	1,105
1850 Mejorar el sueño	4,1	12	33,3	42,8	7,8	2,38	3	0,939

1380 Aplicación de calor o frío	8	11,5	26,2	46,7	7,6	2,34	3	1,045
0430 Control intestinal	7,1	8,3	36,3	40	8,3	2,34	2	0,993
8100 Derivación	4,8	11	37,5	38,9	7,8	2,34	2	0,945
5900 Distracción	7,6	11	30,1	43	8,3	2,33	3	1,032
5340 Presencia	9	10,3	29,7	41,1	9,9	2,33	3	1,079
0910 Inmovilización	2,5	14,7	37,9	37,7	7,1	2,32	2	0,899
5100 Potenciación de la socialización	6,9	14,9	28,7	42,5	6,9	2,28	2	1,026
8190 Seguimiento telefónico	4,4	18,2	29,2	41,4	6,9	2,28	2	0,984
0140 Fomentar la mecánica corporal	8,7	14,9	25,5	42,3	8,5	2,27	3	1,092
5220 Mejora de la imagen corporal	6,2	14,5	33,3	38,9	7,1	2,26	2	1
2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	10,3	14,7	30,1	35,6	9,2	2,19	2	1,119
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	10,6	15,2	30,3	39,5	4,4	2,12	2	1,064
5370 Potenciación de roles	11,7	17,9	33,3	31,5	5,5	2,01	2	1,089
5480 Clarificación de valores	11	19,1	34,7	29,4	5,7	2,00	2	1,077
8086 Prescripción: tratamiento no farmacológico	12,2	21,8	30,3	28,7	6,9	1,96	2	1,127
5360 Terapia de entretenimiento	17,2	16,6	26,4	33,8	6	1,95	2	1,197
6480 Manejo ambiental	8,7	29,9	29,7	26,4	5,3	1,90	2	1,056

5320 Humor	17,5	20	26,2	29,4	6,9	1,88	2	1,208
4700 Reestructuración cognitiva	15,9	23,4	28,7	26,4	5,5	1,82	2	1,151
4310 Terapia de actividad	21,8	17,9	29	27,8	3,4	1,73	2	1,183
5604 Enseñanza: grupo	15,6	32,6	29,9	17,9	3,9	1,62	2	1,07
8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados	18,6	29	27,8	20,7	3,9	1,62	2	1,122
6340 Prevención del suicidio	18,9	29,7	32,6	12,4	6,4	1,58	2	1,122
5420 Apoyo espiritual	23,9	29,2	24,1	17	5,7	1,51	1	1,19
6040 Terapia de relajación	26,2	26,9	24,6	19,3	3	1,46	1	1,158
5430 Grupo de apoyo	24,6	32,4	23,9	17,2	1,8	1,39	1	1,09
0180 Manejo de la energía	29	27,8	23,7	17,2	2,3	1,36	1	1,138
1340 Estimulación cutánea	38,4	26,9	21,1	11,5	2,1	1,12	1	1,109
5840 Entrenamiento autógeno	39,5	27,8	18,2	12	2,5	1,10	1	1,129
1480 Masaje	38,9	28,5	18,4	12,6	1,6	1,10	1	1,103
4680 Biblioterapia	37,5	29,9	21,1	9,7	1,8	1,09	1	1,065
6000 Imaginación simple dirigida	42,3	24,8	20,7	10,6	1,6	1,04	1	1,095
5960 Facilitar la meditación	45,7	24,1	17,2	10,1	2,8	1,00	1	1,134
1460 Relajación muscular progresiva	44,4	28	17	9,9	0,7	0,94	1	1,035

5450 Terapia de grupo	42,3	31	18,4	7,1	1,1	0,94	1	0,997
4740 Llevar un diario	49,4	28,7	15,2	6	0,7	0,80	1	0,953
1330 Aromaterapia	56,1	21,4	13,6	8,3	0,7	0,76	0	1,017
4400 Musicoterapia	58,6	20,9	12,2	6,7	1,6	0,72	0	1,021
2390 Prescribir medicación	56,8	26	10,3	6,7	0,2	0,68	0	0,925
1390 Tacto curativo	73,1	12	7,8	6,4	0,7	0,50	0	0,937
5860 Biorretroalimentación	72,2	15,6	6,2	5,3	0,7	0,47	0	0,88
1320 Acupresión	69	20,7	6,7	3,2	0,5	0,46	0	0,794
5465 Tacto terapéutico	76,8	10,6	5,7	5,7	1,1	0,44	0	0,92
4330 Arteterapia	76,3	14,3	6,7	2,3	0,5	0,36	0	0,748
1520 Reiki	85,7	6,9	3,9	3,2	0,2	0,25	0	0,699
4320 Terapia asistida con animales	83,4	10,6	3,9	2,1	0	0,25	0	0,623
1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	87,4	8,3	2,3	1,8	0,2	0,19	0	0,58
5920 Hipnosis	92,4	3,4	1,8	2,1	0,2	0,14	0	0,558
5922 Facilitar la autohipnosis	92,9	5,1	0,9	1,1	0,0	0,10	0	0,425

Tabla 31. Frecuencia de utilización de las 91 IdE_NIC relacionadas con el cuidado de la persona con DCNO

5.2.2.1. INTERVENCIONES ENFERMERAS MÁS UTILIZADAS ANTE EL DOLOR CRÓNICO NO-ONCOLÓGICO (CUESTIONARIO ON-LINE)

De la Tabla 31. hemos seleccionado las IdE_NIC que han sido identificadas por las enfermeras como más utilizadas (“mucho” y “siempre”), y que significan el 80% o más de la selección. Se presenta en orden decreciente (Tabla 32).

IdE_NIC	0	1	2	3	4	(3+4) %
4920 Escucha activa	1,6	1,6	3,4	39,1	54,3	93,4
0200 Fomento del ejercicio	0,5	1,4	10,8	54,5	32,9	87,4
5270 Apoyo emocional	1,1	2,1	9,7	44,1	43	87,1
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	1,4	2,1	9,2	49,4	37,9	87,4
5510 Educación para la salud	0,9	3	9,2	44,8	42,1	86,9
2395 Control de la medicación	1,4	3,7	8,5	49,4	37	86,4
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	2,1	1,6	10,6	55,9	29,9	85,8
7710 Colaboración con el médico	3,4	2,1	10,8	49	34,7	83,7
2380 Manejo de la medicación	0,7	4,4	11,5	52,2	31,3	83,5
7920 Documentación	5,5	2,8	8,7	25,7	57,2	82,9
1260 Manejo del peso	0,7	2,5	14,7	60,2	21,8	82
5246 Asesoramiento nutricional	1,1	4,1	12,9	59,1	22,8	81,9
5606 Enseñanza:	1,8	4,6	12,6	49,2	31,7	80,9

individual						
6680 Monitorización de los signos vitales	3,7	3,2	12,9	45,7	34,5	80,2

Tabla 32. IdE_NIC más utilizadas ($\geq 80\%$) al cuidar de una persona con DCNO

Se puede decir que la IdE_NIC que más frecuentemente se utiliza frente al DCNO es la *4920.Escucha activa*, perteneciente al *Campo Conductual*, dentro de la clase *Potenciación de la comunicación*.

Si hablamos de la Mediana (MD), *4920.Escucha activa* y *7920.Documentación*, han sido las únicas con una mediana de 4 (máxima puntuación de 4/4 “la utilizo siempre”). En la Fig. vemos un gráfico que expresa las IdE_NIC más frecuentes según M obtenidas.

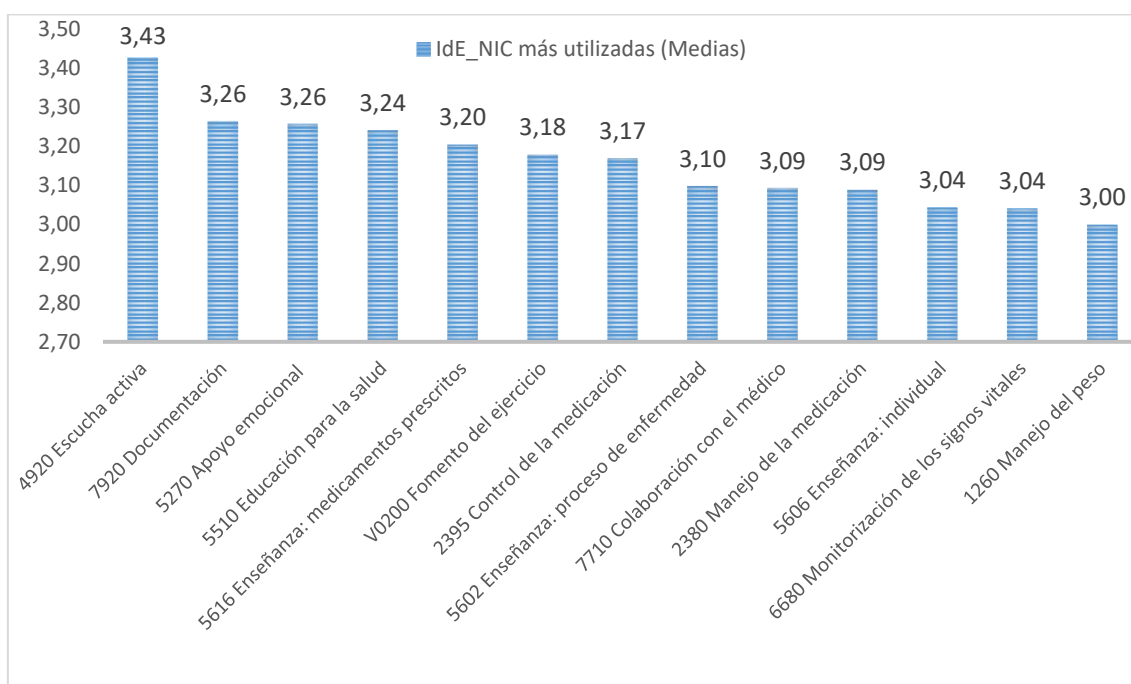


Fig. 19. Medias de las IdE_NIC más seleccionadas (≥ 3) para el cuidado de la persona con DCNO

Si agrupamos las IdE_NIC más utilizadas en sus campos y clases de la taxonomía NIC (Tabla 33) vemos que el 42,8% del grupo de más utilizadas, pertenecen al campo *Conductual* y están dentro de las clases: *Educación de los pacientes* (en primer lugar), seguida de la *Potenciación de la comunicación* y la *Ayuda al afrontamiento*.

CAMPO	CLASE	Concepto_Clase	IdE_NIC	%
FISIOLÓGICO: BÁSICO	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía	0200 Fomento del ejercicio	87,4
	Apoyo nutricional	Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	1260 Manejo del peso	82
			5246 Asesoramiento nutricional	81,9
FISIOLÓGICO: COMPLEJO	Control de fármacos	Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos	2395 Control de la medicación	86,4
			2380 Manejo de la medicación	83,5
CONDUCTUAL	Potenciación de la comunicación	Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales	4920 Escucha activa	93,4
	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento	5270 Apoyo emocional	87,1
			5510 Educación para la salud	86,9

	Educación de los pacientes	Intervención para facilitar el aprendizaje	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	85,8
			5606 Enseñanza: individual	80,9
			5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	87,4
SEGURIDAD	Control de riesgos	Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo	6680 Monitorización de los signos vitales	80,2
SISTEMA SANITARIO	Gestión del sistema sanitario	Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión de los cuidados	7710 Colaboración con el médico	83,7
	Control de la información	Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria	7920 Documentación	82,9

Tabla 33. Clasificación de las IdE_NIC más utilizadas en campos y clases, y su significado.

En segundo lugar encontramos los dos campos: *Fisiológico: Básico* con las clases *Apoyo nutricional* seguida del *Control de actividad y ejercicio*; y el campo *Fisiológico: Complejo* con la clase *Control de fármacos*.

En tercer lugar hallamos las intervenciones del campo del *Sistema Sanitario*, repartidas entre las clases de *Gestión del sistema sanitario* y la del *Control de la información*.

Y cierra este grupo de IdE_NIC más utilizadas, el campo de la *Seguridad*, con la clase *Control de riesgos*.

5.2.2.2. INTERVENCIONES ENFERMERAS MENOS UTILIZADAS ANTE EL DOLOR CRÓNICO NO-ONCOLÓGICO (CUESTIONARIO ON-LINE)

Si tenemos en cuenta las IdE_NIC menos utilizadas, es decir, el ≥ 80 % de las enfermeras “nunca utilizan” junto al “utilizan poco”, vemos que corresponderían a intervenciones consideradas Terapias Complementarias o Integrativas, salvo la de 2390. *Prescribir medicación*. En la Tabla 34. se pueden ver en orden decreciente, desde la menos utilizada.

IdE_NIC	0	1	2	3	4	(0+1)%
5922 Facilitar la autohipnosis	92,9	5,1	0,9	1,1	0	98
5920 Hipnosis	92,4	3,4	1,8	2,1	0,2	95,8
1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	87,4	8,3	2,3	1,8	0,2	95,7
4320 Terapia asistida con animales	83,4	10,6	3,9	2,1	0	94
1520 Reiki	85,7	6,9	3,9	3,2	0,2	92,6
4330 Arteterapia	76,3	14,3	6,7	2,3	0,5	90,6
1320 Acupresión	69	20,7	6,7	3,2	0,5	89,7
5860 Biorretroalimentación	72,2	15,6	6,2	5,3	0,7	87,8
5465 Tacto terapéutico	76,8	10,6	5,7	5,7	1,1	87,4
1390 Tacto curativo	73,1	12	7,8	6,4	0,7	85,1
2390 Prescribir medicación	56,8	26	10,3	6,7	0,2	82,8

Tabla 34. IdE_NIC menos utilizadas en el cuidado de la persona con DCNO

Si agrupamos estas IdE_NIC en sus campos y clases, vemos que pertenecen al *Fisiológico: Básico* y al *Fisiológico: Complejo*, así como al *Conductual*. Y las Clases a las que corresponden son: *Fomento de la comodidad física*, *Fomento de la comodidad psicológica*, *Terapia Conductual*, *Potenciación de la comunicación*, y finaliza la clase de *Control de fármacos* (Tabla 35).

CAMPOS	CLASES	Concepto Clase	IdE_NIC	(0+1)%
Fisiológico: Básico	Fomento_comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas	1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	95,7
			1520 Reiki	92,6
			1320 Acupresión	89,7
			5465 Tacto terapéutico	87,4
			1390 Tacto curativo	85,1
Fisiológico: Complejo	Control_ fármacos	Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos	2390 Prescribir medicación	82,8
Conductual	Fomento_comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas	5922 Facilitar la autohipnosis	98
			5920 Hipnosis	95,8

	Terapia Conductual (TC) y Potenciación_comunicación (PC)	<p>TC: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables</p> <p>PC: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales</p>	4320 Terapia asistida con animales	94
--	---	---	---	----

Tabla 35. IdE_NIC menos utilizadas ("nunca utilizo" y "utilizo poco") en el cuidado de la persona con DCNO, relacionadas con sus campos y clases

5.2.3. RELACIÓN DEL SEXO DE LA ENFERMERA CON LA SELECCIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA (CUESTIONARIO ON-LINE)

Cuando exploramos si ser hombre o mujer, entre los profesionales, podría influir a la hora de elegir una determinada IdE_NIC, vemos que en algunas sería posible.

En este sentido en nuestro estudio hemos encontrado unas intervenciones enfermeras, estadísticamente significativas ($p < 0,05$) que estarían relacionadas con el sexo del profesional de enfermería a la hora de llevarlas a la práctica (Tabla 36).

IdE_NIC	sexo	N	M	DE	t (p-valor)	MW
5270 Apoyo emocional	Hombre	69	3,03	0,92	0,0100	0,0191
	Mujer	366	3,30	0,77		
5860 Biorretroalimentación	Hombre	69	0,68	1,04	0,0573	0,0210
	Mujer	366	0,43	0,84		
5310 Dar esperanza	Hombre	69	2,28	1,16	0,0018	0,0011
	Mujer	366	2,75	0,94		
4364 Elogio	Hombre	69	2,55	1,22	0,0244	0,0121
	Mujer	366	2,91	1,05		
2390 Prescribir medicación	Hombre	69	0,93	1,034	0,0136	0,0155
	Mujer	366	0,63	,897		
5340 Presencia	Hombre	69	2,00	1,043	0,0060	0,0032
	Mujer	366	2,39	1,076		

Tabla 36. Utilización de la IdE_NIC según el sexo del profesional de enfermería

La IdE_NIC 5270. *Apoyo emocional* es más utilizada por las mujeres ($p<0,01$) que por los hombres, mientras que la 5860. *Biorretroalimentación*, aunque poco utilizada entre los profesionales, suele ser elegida por los hombres enfermeros ($p<0,05$).

El uso de la intervención 5310. *Dar esperanza* es más frecuente entre las enfermeras mujeres que entre los hombres ($p<0,001$), al igual que sucede con la intervención de 4364. *Elogio* ($p<0,05$), y la de 5340. *Presencia* ($p<0,01$).

No sucede lo mismo al seleccionar la intervención 2390. *Prescribir medicación* que es más utilizada por los hombres enfermeros ($p<0,05$) que por las profesionales mujeres.

5.2.4. INTERVECIONES ENFERMERAS RELACIONADAS CON LA EDAD DEL PROFESIONAL (CUESTIONARIO ON-LINE)

Para ver cómo influía la edad de la enfermera en el uso de las IdE_NIC, agrupamos las edades en los cuatro tramos siguientes: de 18 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años y ≥ 55 años.

IdE_NIC	EDAD	N	M	DE	ANOVA-F (p-valor)	KW
1320 Acupresión	18-34	42	0,19	0,55	0,0235	0,0197
	35-44	96	0,34	0,69		
	45-54	157	0,55	0,90		
	≥ 55	140	0,50	0,77		
5270 Apoyo emocional	18-34	42	3,07	0,89	0,0051	0,0266
	35-44	96	3,08	0,97		
	45-54	157	3,41	0,65		
	≥ 55	140	3,26	0,78		
5420 Apoyo espiritual	18-34	42	1,12	0,97	0,0170	0,0190
	35-44	96	1,34	1,25		
	45-54	157	1,69	1,21		
	≥ 55	140	1,56	1,16		
	18-34	42	0,17	0,44		

4330 Arteterapia	35-44	96	0,22	0,51	0,0071	0,0190
	45-54	157	0,50	0,89		
	>= 55	140	0,36	0,76		
2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	18-34	42	2,10	1,10	0,0042	0,0143
	35-44	96	1,84	1,23		
	45-54	157	2,34	1,00		
	>= 55	140	2,28	1,13		
5440 Aumentar los sistemas de apoyo	18-34	42	2,57	0,83	0,0214	0,0358
	35-44	96	2,38	1,07		
	45-54	157	2,73	0,83		
	>= 55	140	2,50	0,96		
4680 Biblioterapia	18-34	42	0,81	0,94	0,0287	0,0287
	35-44	96	0,89	0,99		
	45-54	157	1,18	1,13		
	>= 55	140	1,19	1,05		
5480 Clarificación de valores	18-34	42	1,67	1,18	0,0004	0,0019
	35-44	96	1,71	1,15		
	45-54	157	2,22	0,97		
	>= 55	140	2,04	1,04		
	18-34	42	2,29	1,07		

5310 Dar esperanza	35-44	96	2,38	1,19	0,0001	0,0003
	45-54	157	2,79	0,88		
	>= 55	140	2,88	0,85		
5510 Educación para la salud	18-34	42	3,43	0,70	0,0080	0,0017
	35-44	96	3,24	0,93		
	45-54	157	3,35	0,76		
	>= 55	140	3,06	0,79		
4364 Elogio	18-34	42	2,83	0,99	0,0050	0,0306
	35-44	96	2,51	1,34		
	45-54	157	2,96	1,04		
	>= 55	140	2,97	0,94		
1340 Estimulación cutánea	18-34	42	0,74	0,91	0,0148	0,0119
	35-44	96	0,95	1,11		
	45-54	157	1,20	1,06		
	>= 55	140	1,26	1,18		
4480 Facilitar la autorresponsabilidad	18-34	42	2,48	1,11	0,0001	0,0005
	35-44	96	2,20	1,26		
	45-54	157	2,85	0,86		
	>= 55	140	2,66	1,02		
	18-34	42	2,00	1,08		

0140 Fomentar la mecánica corporal	35-44	96	2,00	1,26	0,0021	0,0052
	45-54	157	2,48	1,01		
	>= 55	140	2,29	1,01		
5320 Humor	18-34	42	1,90	1,28	0,0187	0,0226
	35-44	96	1,59	1,24		
	45-54	157	2,08	1,14		
	>= 55	140	1,85	1,21		
6000 Imaginación simple dirigida	18-34	42	0,90	1,12	0,0029	0,0008
	35-44	96	0,71	1,00		
	45-54	157	1,19	1,06		
	>= 55	140	1,15	1,14		
6480 Manejo ambiental	18-34	42	1,60	1,04	0,0102	0,0099
	35-44	96	2,00	1,13		
	45-54	157	2,06	0,99		
	>= 55	140	1,74	1,05		
0180 Manejo de la energía	18-34	42	1,24	1,08	0,0277	0,0342
	35-44	96	1,10	1,08		
	45-54	157	1,54	1,17		
	>= 55	140	1,38	1,13		
	18-34	42	2,31	1,12		

5395 Mejora de la autoconfianza	35-44	96	2,25	1,23	0,0001	0,0011
	45-54	157	2,76	0,92		
	>= 55	140	2,72	0,83		
1850 Mejorar el sueño	18-34	42	2,36	1,12	0,0096	0,0220
	35-44	96	2,25	1,02		
	45-54	157	2,58	0,84		
	>= 55	140	2,26	0,90		
5400 Potenciación de la autoestima	18-34	42	2,29	1,09	0,0004	0,0020
	35-44	96	2,25	1,11		
	45-54	157	2,74	0,86		
	>= 55	140	2,57	0,91		
5100 Potenciación de la socialización	18-34	42	1,98	1,07	0,0025	0,0048
	35-44	96	2,15	1,10		
	45-54	157	2,51	0,98		
	>= 55	140	2,19	0,96		
5340 Presencia	18-34	42	2,05	1,17	0,0239	0,0464
	35-44	96	2,16	1,18		
	45-54	157	2,50	1,05		
	>= 55	140	2,33	0,99		
	18-34	42	2,45	1,38		

4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas	35-44	96	2,28	1,29	0,0121	0,0355
	45-54	157	2,76	1,05		
	>= 55	140	2,58	1,02		
4700 Reestructuración cognitiva	18-34	42	1,48	1,04	0,0019	0,0023
	35-44	96	1,54	1,14		
	45-54	157	2,02	1,12		
	>= 55	140	1,90	1,17		
1520. Reiki	18-34	42	0,05	0,22	0,0083	0,0259
	35-44	96	0,10	0,37		
	45-54	157	0,32	0,80		
	>= 55	140	0,34	0,81		
1460 Relajación muscular progresiva	18-34	42	0,79	1,02	0,0101	0,0259
	35-44	96	0,82	0,87		
	45-54	157	1,17	1,14		
	>= 55	140	0,83	0,98		
1390 Tacto curativo	18-34	42	0,19	0,51	0,0210	0,0357
	35-44	96	0,38	0,82		
	45-54	157	0,64	1,07		
	>= 55	140	0,51	0,93		
	18-34	42	1,14	1,18		

4310 Terapia de actividad	35-44	96	1,54	1,17	0,0004	0,0007
	45-54	157	1,94	1,17		
	>= 55	140	1,81	1,14		
5360 Terapia de entretenimiento	18-34	42	1,67	1,26	0,0335	0,0489
	35-44	96	1,83	1,25		
	45-54	157	2,16	1,12		
	>= 55	140	1,87	1,19		
6650 Vigilancia	18-34	42	2,07	1,22	0,0095	0,0298
	35-44	96	2,18	1,15		
	45-54	157	2,55	1,06		
	>= 55	140	2,48	1,05		

Tabla 37. Selección de las IdE_NIC relacionada con la edad de la enfermera

Por lo general no hay diferencias en la utilización de las IdE_NIC, según se tenga una edad u otra, salvo en las que se presentan en la Tablas 37 y 38. que sí se relacionarían con la edad de la enfermera, es decir, algunas de las IdE_NIC son más seleccionadas en unas edades que en otras, con una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$):

-En el tramo de edad de 18 a 34 años, las enfermeras utilizan la *5510. Educación para la salud* ($p < 0,01$), más que en el resto de edades (Tabla 38).

-En el tramo de edad de 45 a 54 años, las enfermeras utilizan más las IDE_NIC mostradas en la tabla siguiente (Tabla 37).

IdE_NIC (45 a 54)	p-valor
1320. Acupresión	p<0,05
5270. Apoyo emocional	p<0,01
5420. Apoyo espiritual	p<0,05
4330. Arteterapia	p<0,01
2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	p<0,01
5440. Aumentar los sistemas de apoyo	p<0,05
5480. Clarificación de valores	p<0,001
4480. Facilitar la autorresponsabilidad	p<0,001
0140. Fomentar la mecánica corporal	p<0,01
5320. Humor	p<0,05
6000. Imaginación simple dirigida	p<0,01
6480. Manejo ambiental	p<0,01
0180. Manejo de la energía	p<0,05
5395. Mejora de la autoconfianza	p<0,001
1850. Mejorar el sueño	p<0,01
5400. Potenciación de la autoestima	p<0,001
5100. Potenciación de la socialización	p<0,01
5340. Presencia	p<0,05
4500. Prevención del consumo de sustancias nocivas	p<0,05
4700. Reestructuración cognitiva	p<0,01
1460. Relajación muscular progresiva	p<0,01
1390. Tacto curativo	p<0,05
4310. Terapia de actividad	p<0,001
5360. Terapia de entretenimiento	p<0,05
6650. Vigilancia	p<0,01

Tabla 38. IdE_NIC más utilizadas por las enfermeras de 45 a 54 años de edad

-En el tramo de edad de ≥ 55 años, las enfermeras utilizan más las IDE_NIC: 4680. *Biblioterapia* ($p < 0,05$), 5310. *Dar esperanza* ($p < 0,001$), 4364. *Elogio* ($p < 0,01$), 1340. *Estimulación cutánea* ($p < 0,05$) y 1520. *Reiki* ($p < 0,01$).

Podemos decir que estas terapias suelen ir acompañando a la edad, creciendo su uso según la edad de la enfermera.

Agrupadas por campos y clases, observamos que:

-Las enfermeras de 18 a 34 años realizan más intervenciones relacionadas con la *Educación de los pacientes* y el *Fomento de la salud de la comunidad*, que el resto de enfermeras.

-En cambio, las enfermeras de 45 a 54 años prefieren IdE_NIC relacionadas con: la *Ayuda para el afrontamiento*, la *Terapia conductual*, el *Fomento de la comodidad física*, el *Control de la actividad y ejercicio*, y el *Control de riesgos*, entre otras. La tabla 39. muestra las clases de mayor a menor preferencia en este tramo de edad.

Clases	nº IdE_NIC	% entre IdE_NIC más seleccionadas (45-54â)
CD_Ayuda para el afrontamiento	9	36
CD_Terapia conductual	4	16
FB_Fomento de la comodidad física	3	12
FB_Control de la actividad y ejercicio	2	8
SG_Control de riesgos	2	8
FC_Control de fármacos	1	4
CD_Potenciación de la comunicación	1	4
FB_Facilitación del autocuidado	1	4
CD_Fomento de la Comodidad psicológica	1	4
CD_Terapia Cognitiva	1	4

Tabla 39. Clases de las IdE_NIC seleccionadas según edad de la enfermera de 45 a 54 â

-Las enfermeras ≥ 55 años utilizan más las IdE_NIC relacionadas con el *Fomento de la comodidad física* en primer lugar, seguido de la *Terapia Cognitiva*, *Ayuda para el afrontamiento* y *Terapia conductual*.

5.2.5. INTERVENCIONES ENFERMERAS RELACIONADAS CON LOS AÑOS DE TRABAJO DE LA ENFERMERA (CUESTIONARIO ON-LINE)

Para saber si el tiempo de años trabajados influye en la selección de una IdE_NIC u otra, se analizó los datos agrupando los años en periodos de 10 años de antigüedad. Los grupos fueron: ≤ 10 , 11 a 20 , 21 a 30 y >30 .

IdE_NIC	Años de trabajo	M	DE	ANOVA F (p-valor)	KW
2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	≤ 10	2,00	1,12	0,0023	0,0068
	11 - 20	1,82	1,22		
	21 - 30	2,29	1,02		
	> 30	2,33	1,11		
	Total	2,19	1,12		
4680 Biblioterapia	≤ 10	0,79	0,99	0,0174	0,0123
	11 - 20	0,84	0,99		
	21 - 30	1,17	1,09		
	> 30	1,21	1,07		
	Total	1,09	1,06		
5480 Clarificación de valores	≤ 10	1,64	1,14	0,0020	0,0037
	11 - 20	1,71	1,11		
	21 - 30	2,16	1,01		
	> 30	2,07	1,07		

	Total	2,00	1,08		
5310 Dar esperanza	≤ 10	2,09	1,18	0,0001	0,0002
	11 - 20	2,42	1,15		
	21 - 30	2,79	0,85		
	> 30	2,85	0,91		
	Total	2,68	0,99		
5820 Disminución de la ansiedad	≤ 10	2,48	0,87	0,0204	0,0372
	11 - 20	2,57	1,04		
	21 - 30	2,87	0,71		
	> 30	2,74	0,86		
	Total	2,73	0,86		
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	≤ 10	2,79	0,82	0,0085	0,0037
	11 - 20	3,22	0,90		
	21 - 30	3,18	0,78		
	> 30	3,31	0,72		
	Total	3,20	0,80		
1340 Estimulación cutánea	≤ 10	0,67	0,92	0,0069	0,0065
	11 - 20	0,92	1,05		
	21 - 30	1,17	1,09		
	> 30	1,29	1,17		
	Total	1,12	1,11		
6000 Imaginación simple dirigida	≤ 10	0,94	1,14	0,0537	0,0352
	11 - 20	0,82	1,08		
	21 - 30	1,03	1,01		
	> 30	1,21	1,16		
	Total	1,04	1,09		
5395 Mejora de la autoconfianza	≤ 10	2,27	1,07	0,0014	0,0058
	11 - 20	2,29	1,24		
	21 - 30	2,69	0,93		

	> 30	2,73	0,88		
	Total	2,59	1,01		
5400 Potenciación de la autoestima	≤ 10	2,06	1,09	0,0016	0,0026
	11 - 20	2,35	1,08		
	21 - 30	2,68	0,89		
	> 30	2,59	0,94		
	Total	2,53	0,98		
4700 Reestructuración cognitiva	≤ 10	1,55	0,94	0,0389	0,0348
	11 - 20	1,60	1,20		
	21 - 30	1,86	1,09		
	> 30	1,98	1,21		
	Total	1,82	1,15		
4310 Terapia de actividad	≤ 10	1,27	1,15	0,0064	0,0107
	11 - 20	1,48	1,25		
	21 - 30	1,82	1,17		
	> 30	1,88	1,12		
	Total	1,73	1,18		
0221 Terapia de ejercicios: ambulación	≤ 10	2,06	1,20	0,0036	0,0218
	11 - 20	2,21	1,18		
	21 - 30	2,58	0,99		
	> 30	2,57	0,94		
	Total	2,46	1,04		
6650 Vigilancia	≤ 10	2,06	1,22	0,0101	0,0214
	11 - 20	2,18	1,12		
	21 - 30	2,41	1,09		
	> 30	2,59	1,06		
	Total	2,40	1,11		

Tabla 40. Relación de la selección de una IdE_NIC con la antigüedad laboral de la enfermera, en el cuidado de la persona con

DCNO

En el análisis se encontró intervenciones de enfermería que sí eran más utilizadas en unos grupos de edad que en otros (Tabla 40).

Pudimos ver que entre 21 a 30 años de antigüedad las IdE_NIC: *5480. Clarificación de valores*, *5820. Disminución de la ansiedad*, *5400. Potenciación de la autoestima*, y *0221. Terapia de ejercicios: ambulación*; eran más utilizadas que en otros periodos de antigüedad laboral, con una significación estadística de $p < 0,01$ (Tabla 41).

campos	clase	IdE_NIC	p-valor
Fisiológico: Básico	Control_actividad_ejercicio	0221 Terapia de ejercicios: ambulación	<0,01
Conductual	Fomento_comodidad_psico	5820 Disminución de la ansiedad	<0,05
	Ayuda_afrentamiento	5480 Clarificación de valores	<0,01
		5400 Potenciación de la autoestima	

Tabla 41. IdE_NIC más utilizadas por las enfermeras entre 21 y 30 años de antigüedad

Parece existir entre estos años de antigüedad (21 a 30 años) una clara preferencia por las IdE_NIC de la esfera conductual, frente al resto.

Entre las enfermeras que sumaban más de 30 años de trabajo, se observó que se utilizaban más las IdE_NIC siguientes:

-Con significación estadística $p < 0,05$: *4680. Biblioterapia*, *6000. Imaginación simple dirigida*, *4700. Reestructuración cognitiva*, y *6650. Vigilancia*.

-Con significación estadística $p < 0,01$: *2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)*, *5616. Enseñanza: medicamentos prescritos*, *1340. Estimulación cutánea*, *5395. Mejora de la autoconfianza* y *4310. Terapia de actividad*.

-Mientras que 5310.Dar esperanza partía con una significación de $p < 0,001$ entre las enfermeras con antigüedad >30 años, e iría aumentando con la edad laboral.

campos	clase	IdE_NIC	p-valor
Fisiológico: Básico	Fomento_comodidad_física	1340 Estimulación cutánea	<0,01
Fisiológico: Complejo	Control_fármacos	2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	
		5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	
Conductual	Terapia cognitiva	4680 Biblioterapia	<0,05
		4700 Reestructuración cognitiva	
	Fomento_comodidad_psico	6000 Imaginación simple dirigida	<0,01
	Ayuda_afrentamiento	5395 Mejora de la autoconfianza	
		5310 Dar esperanza	
	Terapia conductual	4310 Terapia de actividad	<0,01
Seguridad	Control_riesgos	6650 Vigilancia	<0,05

Tabla 42. IdE_NIC más utilizadas por las enfermeras con >30 años de antigüedad, frente al resto

Parece que entre las enfermeras mayores también se prefieren las intervenciones conductuales frente a otras de otros campos.

Entre llevar trabajando menos de 10 años, ó de 11 a 20 años, no hay significación sobre una IdE_NIC determinada.

5.2.6. INTERVENCIONES ENFERMERAS RELACIONADAS CON TENER LA ESPECIALIDAD DE FAMILIA Y COMUNITARIA (CUESTIONARIO ON-LINE)

En general, ser enfermera especialista no influye en el uso de la mayoría de intervenciones enfermeras ante el DCNO, salvo en tres de ellas que sí tienen significación estadística a la hora de ser elegidas (Tabla 43).

IdE_NIC / especialista-no especialista		N	M	DE	t (p-valor)	MW
5395 Mejora de la autoconfianza	No	385	2,56	1,025	0,024	0,044
	Especialista	50	2,86	0,857		
5230 Mejorar el afrontamiento	No	385	2,38	0,980	0,007	0,018
	Especialista	50	2,74	0,828		
2390 Prescribir medicación	No	385	0,71	0,945	0,006	0,027
	Especialista	50	0,40	0,700		

Tabla 43. Utilización de IdE_NIC según ser enfermera especialista o no, con significación estadística

Se puede decir que las especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria utilizan más las IdE_NIC: *5395.Mejora de la autoconfianza* y *5230.Mejorar el afrontamiento*, que las no-especialistas; mientras que la IdE_NIC *2390.Prescribir medicación* es más utilizada entre las no-especialistas.

Las enfermeras especialistas en este caso preferirían intervenciones para la *Ayuda al afrontamiento* dentro del campo *Conductual*, frente al *Control de fármacos* del *Fisiológico: Complejo* preferido por las no especialistas.

5.2.7. REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (CUESTIONARIO ON-LINE)

Ante la pregunta de si registran en la historia clínica informatizada todas las intervenciones que hacen en el cuidado de una persona con DCNO (Fig. 20), la respuesta más frecuente fue de “ni mucho, ni poco” (valor 2 en una escala de 0 al 4) lo que significaba el 35,4% del total de las enfermeras. El 30,6% dice registrar “mucho” (valor 3 en escala de 0 a 4)

Solo el 14, 3% de las enfermeras dicen registrar “siempre”, frente al 1,6% que dice no registrar (“nunca”). El 18,2% dice registrar “poco”.

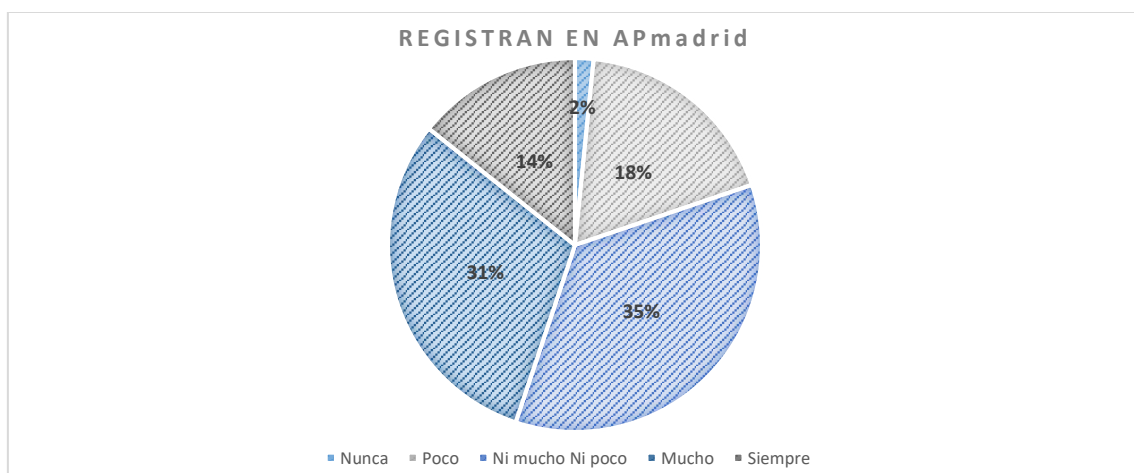


Fig. 20. Frecuencia de registro de la IdE_NIC utilizada, en la historia del paciente en APmadrid

Parece no haber diferencias a la hora de registrar la IdE_NIC en la HCI de APmadrid relacionadas con la edad, el sexo, la antigüedad laboral ni tener especialidad de

enfermería. Es decir, estos factores no influyen en el registro de la intervención enfermera (Tabla 44).

HCI- APmadrid	Edad Enf_AP	N	M	DE	mín	máx	ANOVA F	KW
Sueles registrar todas las IdE_NIC que utilizas en la historia del paciente	18-34	42	2,38	1,035	0	4	0,5265	0,5714
	35-44	96	2,46	0,893	1	4		
	45-54	157	2,29	1,013	0	4		
	>= 55	140	2,42	1,018	0	4		
	Total	435	2,38	0,991	0	4		

Tabla 44. Relación de la edad de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid

Duncan ^{a,b}		
Edad_c4	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
45-54	157	2,29
18-34	42	2,38
>= 55	140	2,42
35-44	96	2,46
Sig.		0,31

Tabla 45. Prueba post hoc Duncan en relación con la edad de la enfermera y el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid

HCI- APmadrid	género Enf_AP	N	M	DE	t	MW
Sueles registrar todas las IdE_NIC que utilizas en la historia del paciente	Hombre	69	2,43	1,02	0,598	0,686
	Mujer	366	2,37	0,99		

Tabla 46. Relación del sexo de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid

HCI- APmadrid	Antigüedad laboral	N	M	DE	min	máx	ANOVA F	KW
Sueles registrar todas las IdE_NIC que utilizas en la historia del paciente	<= 10	33	2,39	1,12	0	4	0,776	0,876
	11 - 20	89	2,42	0,88	1	4		
	21 - 30	163	2,31	1,00	0	4		
	> 30	150	2,42	1,02	0	4		
	Total	435	2,38	0,99	0	4		

Tabla 47. Relación de la antigüedad laboral de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid

Duncan ^{a,b}		
Años_Antigüedad_Laboral_c4	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
21 - 30	163	2,31
<= 10	33	2,39
11 - 20	89	2,42
> 30	150	2,42
Sig.		0,56

Tabla 48. Prueba post hoc Duncan en relación con la antigüedad laboral de la enfermera y el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid

HCI- APmadrid	Especialidad	N	M	DE	t	MW
Sueles registrar todas las IdE_NIC que utilizas en la historia del paciente	No	385	2,37	0,974	0,86	0,819
	Especialista	50	2,40	1,125		

Tabla 49. Relación con tener la especialidad o no, de la enfermera con el registro de la IdE_NIC en la HCI en APmadrid

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

6.1. IDENTIFICACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO POR LA ENFERMERA DE AP

En general, podemos decir que hay poco registro del dolor crónico por parte de la enfermera de AP. El estudio Pain-Proposal (Torralba et al., 2014) señaló que uno de cada seis españoles sufría dolor crónico y el 80% de estas personas eran seguidas en Atención Primaria (62). A su vez, Soares et al., en su publicación sobre la Epidemiología del dolor crónico no-oncológico en España (2011), identificó que los médicos atendían unos 181 pacientes por dolor al mes, de los cuales 51,3 personas padecían de dolor crónico moderado (63).

Sumado a éstos trabajos, el publicado en 2009 por González-Escalada et al. señaló que el 47% de los pacientes atendidos en la semana por los médicos, presentaba algún nivel de dolor, de los cuales el 63% no lo tenían bien controlado ($EVA \geq 4$) (153). Si el Observatorio de Resultados del SERMAS, en su Informe de Atención Primaria 2013-2015 (154), en lo referente a la presión asistencial, da unos datos de 30,59 pacientes/atendidos-día para los MF, y para las Enf_AP de 18,52 pacientes/atendidos-día, quiere decir que aproximadamente 153 pacientes son atendidos a la semana por los médicos, que si aceptamos el dato de González-Escalada de que el 47% sufren dolor, tendríamos cerca de 72 personas a la semana para derivar a la Enf_AP para intervenir y acompañar en el autocuidado en general y en el autocuidado analgésico en particular.

Según datos del 2015, el Observatorio de Resultados del SERMAS(154) en lo referente a AP, se informa de un 35% de pacientes con dolor en el último mes y de una satisfacción con el tratamiento del 70,5%, bajando 2 puntos del año anterior; en otros

estudios como el realizado por Breivik et al. (2006) sobre la población europea, el ITACA (2004) en España, el de Soares et al.(2011) también en nuestro país, y muchos otros, señalan un descontento mayor del paciente con el tratamiento recibido (4) (60) (63) (75) (153) (155). Un tratamiento que, como dice Bonica (1990), debe basarse en una asistencia integral (75) (116)(135)(80)(156), con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (81)(157) (158) (159), como han reconocido muchos estudios , entre ellos el STEP (2006) que describe la actitud terapéutica en las unidades de dolor españolas, y esa necesidad de intervención.

Durante el tiempo de evolución del dolor hay variabilidad, algunos trabajos como el de Soares et al. identificó una duración media del dolor de 6 a 14 años en la persona diagnosticada (63) y el estudio ITACA (Casals et al., 2004) una evolución media del dolor de $5,32 \pm 6,31$ años (60) . Lo que puede hacer entender el impacto que el dolor crónico tiene en las personas que lo sufren, el nivel de afrontamiento, y la necesidad de ser acompañados por un profesional como la enfermera en ese cuidado analgésico que facilite el autocuidado, tratamiento farmacológico y no farmacológico, para dar expectativas de mejora y alivio, como indican diversos estudios (Kress, 2015; estudio EPISER 2000; Stukstette et al; etc.) (135) (160) (161) (158) (162), lo que exige de la atención por un equipo multidisciplinar. En nuestro estudio, de las personas con 00133. *Dolor crónico*, solo el 42% de los pacientes seguían en visita con la Enf_AP y cerca del 24% dejaban de acudir debido a un dolor controlado o soportable, frente a otro 24% que se resuelve.

Cuando reflexionamos sobre el bajo registro de etiquetas DdE_DC:

- Por una parte pensamos que es posible que el paciente con dolor crónico solicite únicamente consulta con el médico de AP y que éste no derive a la enfermera para el seguimiento y cuidado de este problema crónico. Lo que reflejaría el escaso trabajo en equipo para atender el dolor en este entorno, desoyendo las recomendaciones que diferentes asociaciones y entidades de prestigio sobre el tratamiento del dolor a nivel mundial, como la IASP, aconsejan sobre la necesidad del trabajo en equipo multidisciplinar (133) (135) (163) . Y por otro lado, mostraría el

desconocimiento por parte del enfermo, a la hora de identificar a la enfermera como profesional que puede ayudarle también en este tipo de problema.

En el sistema sanitario público de la CM, la satisfacción que tiene el ciudadano con su Enf_AP es alta, incluso mayor que la que presentan otros profesionales de AP, una satisfacción del 93,7% en 2015 (154), lo que ayudaría a la derivación del enfermo a la consulta enfermera para el cuidado integral del dolor crónico, dentro del equipo asistencial.

- Otra de las causas de este infra-registro, podría venir de la propia enfermería de AP al no ofrecer este tipo de cuidado por falta de competencia que, como reconocen algunos autores como Lalonde et al.(67), Montes et al.(82), etc. , existe una falta de formación sobre el dolor entre los profesionales sanitarios. Es posible que la enfermera no considere el dolor crónico como un problema propio por falta de formación/conocimientos desde los currículos de grado universitarios, como reconocen diferentes estudios, entre ellos el de Zabala-Rodríguez et al. realizado en 2008, sobre una población de alumnos de Enfermería donde sus profesores reconocieron moderado conocimiento de éstos en temas de dolor (164) (165) (166) (167) (168). Problema de formación que también se refleja en estudios a nivel internacional, como el de Chui et al. también entre estudiantes de enfermería (169) (170) (171) (172) y a nivel de la CM, como reflejó Miguel Martín MN et al. en 2012 (165). Éste último, incluso habla de que cerca del 80% de las enfermeras profesionales no han realizado formación adicional sobre dolor en la Comunidad de Madrid (165).

Durante estos 5 años de estudio, la Unidad de Formación de la GAP ha ofrecido, dentro del programa de Formación Continuada, nueve cursos sobre el cuidado del dolor para los profesionales de enfermería, formándose aproximadamente 1069 enfermeras en general, 900 de ellas vía on-line(173). No se ha podido identificar si una misma enfermera pudo hacer más de un curso de los ofrecidos. El total de enfermeras asistenciales en AP en la CM es de 3644 profesionales, las cuales atienden a personas de todas las edades, lo que hace pensar que sigue siendo insuficiente la formación continuada en dolor para el número de profesionales enfermeros que componen el entorno comunitario. Y no solo nos referimos al cuidado del dolor en la población

adulta, como pasa en este estudio; el dolor crónico también existe en niños y adolescentes, y cuanto antes se identifique y se trate adecuadamente, mejor será para la vida futura y control del problema (174).

Para ello es necesario educar en autocuidado, para alcanzar estilos de vida saludables que partan desde la infancia si queremos influir en el dolor a futuro. La obesidad, la mala higiene postural, la vida sedentaria, mala nutrición, etc., son factores poco saludables que pueden llevar al dolor crónico futuro. Como indica la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP) es aconsejable promover un autocuidado adecuado a cada persona con el objetivo de conseguir que las personas sanas se mantengan sanas y que aquellas que tienen un problema de salud, sean capaces de adoptar las medidas necesarias para lograr el mayor nivel de autonomía y el más alto nivel de salud y calidad de vida que su situación de enfermedad les permita(127). La educación para la salud (EpS) grupal o individual es la herramienta que ayuda a asumir esa responsabilidad en salud. Existe evidencia científica que demuestra el impacto de la actividad educativa grupal en el incremento de esa responsabilidad personal en el proceso de salud, y que así lo recoge el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud en su informe de AP en 2016 (154).

- Por otra parte es posiblemente que esta escasa identificación de etiquetas diagnósticas de 00133.*Dolor crónico* surja de la propia actividad de registro por parte de la enfermera en APmadrid; pues en nuestro estudio reconocen que no siempre se registra de forma adecuada en la historia clínica informatizada del paciente. Nuestros datos informan de que el 35,4% de las enfermeras dicen registrar “ni mucho, ni poco”, una puntuación de 2, entre límites de 0 (“no registro nunca”) y 4 (“registro siempre”), frente al 30,6% con una puntuación de 3 (“registro mucho”). Además, no hay diferencias a la hora de registrar en la HCI, no influyendo ningún factor como el género, la edad, la antigüedad laboral, ni ser especialista o no. Lo que nos hace pensar sobre la falta de consciencia de los profesionales sanitarios de la importancia que ello tiene para una atención coordinada y continuada, así como para la seguridad del individuo, la mejora de la calidad, la investigación ,etc. , como también señaló en 2012 el estudio de Reyes-García et al. sobre la calidad del registro en AP (175). El hecho de tomar nota de un dato se convierte en una parte del sistema integrado de información

de salud de un ciudadano. Un bajo registro que no quiere decir que no estén colaborando en el cuidado de la persona con dolor, pero que no se debería obviar.

Los planes de cuidados empezaron a medirse en el 2010 en AP-SERMAS (154), y en los últimos años se han incrementado según el Observatorio(154). No pasa eso en nuestro estudio referido al dolor crónico, donde han disminuido tanto la identificación del diagnóstico, como las IdE_NIC. Aun así en 2015 el Observatorio del SERMAS (154) refleja porcentajes de personas con planes de cuidados del 12,95%, donde el 23,31% ha sido en personas >65 años. Esta situación ha podido influir a la hora del registro, dando algo más de luz al por qué de la elevada edad de nuestros pacientes con DdE_DC, frente a otros realizados en España, que daban cifras de 55-60 años (Soares et al. 2011).

Concluyendo, desde la enfermería de AP se precisa de un cambio de actitud más proactiva ante el dolor que persiste en el tiempo. A las Enf_AP se les ha pedido que asuman más competencias, convirtiéndose en profesionales clave en la atención al paciente crónico (176) (177), por lo que se debe potenciar esta intervención enfermera en dolor crónico dentro del equipo multidisciplinar.

Urge un cambio de cultura a nivel profesional , no solo enfermero, sino desde la parte médica, donde el dolor no solo sea ese malestar físico (178), para el que solo hay, si lo hay, un fármaco para tratarlo. Como dice la definición de la IASP, el dolor va más allá alcanzando la esfera emocional (179) con influencia en la social , y como no, en lo más transcendental de la persona, los valores y creencias; como dice Le Breton (1999) el dolor se halla sujeto a modulaciones y variaciones sociales, culturales, simbólicas e individuales (180), lo que lo hace único para la persona que lo sufre; o como decía la enfermera McCaffery “Dolor es lo que el paciente dice que es, y no lo que otros piensan que debería ser”(181).

6.1.1. FRECUENCIA DE 00133. DOLOR CRÓNICO POR DIRECCIONES ASISTENCIALES

La Dirección Asistencial que más DdE_DC ha registrado ha sido la DA_Centro, lo que podría concordar con la mediana de la edad de 75 [18-103] de nuestros pacientes diagnosticados, pues es la DA con más población ≥ 65

DA/nº DdE_DC	2011	2012	2013	2014	2015
DA_CENTRO / 766	20,44%	20,83%	21,00%	20,90%	20,73%
DA_ESTE / 413	15,24%	15,65%	16,07%	16,26%	16,38%
DA_NORTE / 491	15,01%	15,49%	15,89%	16,14%	16,31%
DA_SURESTE / 512	15,03%	15,30%	15,62%	15,76%	15,83%
DA_NOROESTE/393	13,78%	14,20%	14,55%	14,79%	14,95%
DA_SUR / 194	13,27%	13,87%	14,48%	14,89%	15,25%
DA_OESTE / 389	12,11%	12,85%	13,62%	14,31%	14,86%

Tabla 50. Tasa de Población ≥ 65 por DA de AP (Datos cedidos por la GAP/SERMAS)

Pero no ocurre así con la DA-Este, que ocupando el 2º lugar en población ≥ 65 no es la que aporta un 2º lugar de DdE_DC al estudio, concretamente ocupa el 4º puesto en nº de DdE_DC.

La DA que ocupa el segundo lugar en DdE_DC es la DA_Sureste, que sería aproximadamente el 4º puesto en población mayor, y así con el resto de áreas. Lo que nos da idea de que, en nuestro caso, no es la edad de la población la que hace que una DA tenga más o menos diagnósticos enfermeros 00133.*Dolor crónico*, si no la implicación de la enfermera en la identificación y cuidado del dolor.

En la mayoría de estudios realizados en nuestro país sobre DCNO las edades de los pacientes eran menores a las encontradas en nuestro estudio (M=71 años; MD=75 años [18-103]). Los estudios ITACA, EPIDOR, EPISER, PREVADOL, Breivick et al., Bassols et al., etc., han dado una prevalencia de edad entre los 55-60 años en nuestro país, y además se

advierde que esta prevalencia del DC aumenta con la edad (57) (58) (61) (182) (183) (184).

Como hemos comentado, el Observatorio del SERMAS en AP (154) y el documento de la actividad de SIAP 2009-2015 (34) han reflejado una mayor frecuencia de población >65 en las consultas de enfermería de AP, lo que puede llevarnos a entender esta prevalencia de DdE_DC en edades >70 en nuestro estudio, debido a tener una mayor frecuentación esa población >65. Datos similares se presentaron en una encuesta realizada en 2007 sobre la población mayor andaluza, dando cifras de prevalencia de dolor crónico del 49% entre los ≥75 (75)

El último Informe anual del SNS indica que los problemas de salud más frecuentes atendidos en AP, varían con la edad y el sexo. De unos 4 problemas de salud al año en las personas <15, a casi 7 en ≥65 (30), situación que unido al dolor crónico hace difícil el día a día de estos pacientes (184). En nuestro estudio, el sexo femenino es quien presenta un mayor nº de diagnósticos 00133.*Dolor crónico*, coincidiendo con otros trabajos a nivel nacional (Soares, 2012)(Ramirez-Maestre,2001) e internacional (OMS) (Ellermeier, 1995) (Frot,2004) (Barbour,2016), como hemos señalado (15) (63) (185) (186) (187) (188).

Si la mediana de edad de las personas con dolor crónico en este estudio ronda los 75 años, estamos en un momento de frontera que marca la relación con algún nivel de dependencia como señalaba Azpiazu et al. en su estudio sobre factores asociados al mal estado de salud en >65 (189) (190). Por lo que implicaría tener en cuenta la posibilidad de la existencia de una persona cuidadora para realizar los cuidados o como apoyo a los mismos.

A este problema de escasez de registro se ha unido, los cambios estructurales en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. En un primer momento, a finales del año 2010, en Octubre, se pasó de una organización por Áreas en AP, a la organización por Direcciones Asistenciales. Esto significó pasar de 11 Áreas a 7 Direcciones Asistenciales, situación que pudo influir en los datos recogidos, debido al impulso que de la metodología enfermera se realizaba desde algunas de las antiguas Áreas de AP (191) (192).

Posteriormente, en el año 2011 y 2015 acontecieron cambios de profesionales enfermeras por resolución de oposiciones (193) (194) (195) (196). Provocando un movimiento de profesionales del hospital a AP, con su significación en la práctica diaria, porque los sistemas informáticos de hospitales y AP no son los mismos, y las relaciones humanas tampoco; lo que pudo influir en el descenso del registro de etiquetas 00133. *Dolor crónico* en nuestro estudio sobre todo en el 2015, respecto a los anteriores con un descenso del 2,3% respecto al 2014.

El modelo organizativo y de atención, o trabajo, es diferente entre el Centro de Salud y una planta de hospital. Ante la propuesta de cambio de trabajo, se supone que la organización y sus miembros comparten expectativas explícitas en ese nuevo puesto o contrato, e implícitas sobre lo que deben dar y obtener de la otra parte en la relación laboral. Éstas serían expectativas implícitas en la relación laboral, mutua y recíproca, como un contrato psicológico, que no forman parte del contrato legal, y que sería ese compromiso e interdependencia, que beneficia a ambas partes al incrementar la productividad, la eficiencia organizacional, la confianza y la satisfacción laboral (197). Con ello queremos decir, que cuando un profesional decide un cambio de entorno laboral, debe asumir en su totalidad el significado competencial del nuevo puesto. Y la administración debe asegurarse que las cumple antes de ofrecerle ese nuevo puesto y permitir el cambio.

En las administraciones públicas, como la sanitaria, la existencia de traslados voluntarios no siempre significa compromiso y entender el nuevo modelo al que se va a ir. Se parte desde una plaza fija de enfermería, por la cual se permite el traslado de profesionales a otro lugar del sistema sanitario asistencial, sin mirar si posee las competencias específicas, para el nuevo puesto. Se permite un cambio de lugar de trabajo solo por las necesidades del trabajador, y no por lo que el sistema sanitario necesita. Esto puede ser bueno, consiguiendo ese compromiso psicológico con las directrices del nuevo lugar de trabajo, o malo porque el nuevo profesional no tenga las competencias específicas que necesita el nuevo puesto. Lo que requiere de un periodo de adaptación más o menos importante, según las condiciones del que llega.

Este cambio de profesionales podría dar explicación a lo acontecido durante el periodo 2015, reflejado en un descenso del diagnóstico enfermero 00133.*Dolor crónico* en el registro de planes de cuidados, al igual que sucede con las IdE_NIC relacionadas con el DdE_DC, que han ido descendiendo en estos años.

6.2. COMORBILIDAD

6.2.1. COMORBILIDAD ENFERMERA

El 68% de los diagnósticos 00133.*Dolor crónico* coexisten con las siguientes etiquetas diagnósticas:

00046. *Deterioro de la integridad cutánea*

El diagnóstico enfermero más frecuente que coexiste con el dolor crónico está relacionado con las heridas, y es el 00046.*Deterioro de la integridad cutánea* (10,9%), que NANDA define como la alteración de la epidermis y/o dermis (134); problema que puede presentar dolor como síntoma, teniendo que intervenir desde el cuidado, como señaló González-Consuegra en su trabajo sobre úlceras por presión(198), Lorenzo-Hernández sobre heridas crónicas (199), etc., (200) (201).

Otros DdE que hemos encontrado del mismo dominio de *Seguridad/protección*, han sido: 00044.*Deterioro de la integridad tisular* (1,9%) y el 00047.*Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (1,9%).

El estudio de Lago et al., en 2007, relacionó las heridas crónicas en mayores con la baja movilidad y un nivel de dependencia considerable, entre otras situaciones crónicas vasculares, y a su vez con una edad mayor que disminuye la funcionalidad de la persona a todos los niveles (202), situación que también se presenta en los pacientes

de nuestro estudio con 00133.*Dolor crónico* . Problemas de úlceras por presión, úlceras vasculares, pie diabético, heridas tumorales, etc., son heridas que prevalecen en esta etapa de la vida, como señaló González-Consuegra et al. y el estudio de Lorenzo-Hernández et al. (198) (199).

Diferentes trabajos muestran que los profesionales sanitarios no suelen valorar el dolor cuando tratan heridas (Linares et al.,2014)(Woo et al.,2008) (201) (203), siendo que este tipo de heridas crónicas presentan dolor en un 80% de los casos (Woo et al.,2008)(Nemeth et al.,2004)(Mukherjee et al.,2017) (203) (204) (205). En nuestro estudio podríamos pensar que ha sido identificado el dolor al coexistir ambas etiquetas diagnósticas.

00155. *Riesgo de caídas*

Otros problemas enfermeros que se han asociado al dolor crónico, tienen que ver con la movilidad física, dificultades que se podrían asociar a las expuestas hasta ahora, como son el 00155.*Riesgo de caídas*, el 00088.*Deterioro de la deambulaci3n* (actualmente ha cambiado la etiqueta a 00088.*Deterioro de la ambulaci3n*) y el 00085.*Deterioro de la movilidad f3sica*, que pueden ser debidos a una suma de problemas de obesidad, locomotores, edad, neurol3gicos, y al propio dolor. Lo que lleva a un c3rculo del cual es dif3cil salir.

En nuestro estudio el DdE_DC coexiste con problemas del aparato locomotor de la CIAP, que vendr3a a explicar m3s esta correlaci3n, y que tambi3n reflejaban estudios como el de Soares et al., Casals et al., Noceda et al. (60) (63) (64)

00001. *Desequilibrio nutricional: por exceso*

Otro de los problemas enfermeros que coexisten con el dolor cr3nico est3 relacionado con el exceso de peso de la persona (00001.*Desequilibrio nutricional: por exceso*, diagn3stico anulado por NANDA en 2014, y que ha hecho aparecer otros nuevos m3s espec3ficos como son: 00233.*Sobrepeso* y 00232.*Obesidad*, incluidos en el dominio de *Nutrici3n*) (134). Este problema de sobrepeso tambi3n lo registran otros estudios

sobre dolor consultados. El exceso de peso predispone al dolor, estudios como el ITACA,2004; Pueyrredón et al., 2007; EPISER,2008 y Okifuji,2015 , así lo señalan (60) (163) (206) (207). Este problema se ve ligado a la artrosis de rodilla (Lozano,2007) (208), y en estadios avanzados a gonartrosis con más de un año previo con dolor (Mena,2016) (209). Incluso se relaciona con problemas de artritis frecuentes (188), además de otras patologías crónicas cardiovasculares que acompañan y que pueden dificultar el tratamiento farmacológico, incluso el aumento del riesgo de mortalidad, como señala Kluzek et al. en un estudio sobre una población con osteoartritis (210). Los datos son mayores en mujeres que en hombres (188) (208).

Diferentes estudios en España (ITACA, Soares et al., etc.) señalan que las personas con dolor crónico presentan cifras altas de sobrepeso y de obesidad. El estudio sobre la prevalencia de la obesidad en nuestro país (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011) muestra un 34,2% de sobrepeso y del 13,6% en obesidad, unos datos que representan un problema de salud pública claro (211). En contraposición a estos registros, en AP solo se realiza seguimiento al 65,59% de los identificados como obesos (154). Lo que vuelve a poner sobre la mesa la necesidad de ser más pro-activos ante los factores de riesgo.

00095. Deterioro del patrón de sueño

El déficit de descanso sería otro problema que acompaña al dolor crónico (00095. *Deterioro del patrón de sueño* (etiqueta que NANDA sustituyó por 00095. *Insomnio*) que se define como el trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. Como hemos encontrado en nuestro estudio , en el de prevalencia del dolor crónico no oncológico en España realizado por Soares et al., también se vio que el insomnio aparecía en aquellas personas con dolor (63) (157) (212), pero además Velázquez et al. en 2012 relaciona este problema con el uso de algunos fármacos como los opioides (213), y también con la edad >65 años, que a su vez se relaciona con la ansiedad y el estrés que una persona con dolor persistente puede sufrir, como señaló el proyecto STEP (Rodríguez, 2006).

00011. Estreñimiento

Este problema que NANDA define como la disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas (214), es otro de los problemas que coexisten en el DdE_DC, y que puede producirse tanto por un mal autocuidado (nutrición, ejercicio, etc.) que dificulta la deposición, como a ser un efecto secundario producido por algunos fármacos analgésicos que requieren de unos cuidados para facilitar el tránsito de los heces, y que así lo muestran muchos autores (Casal Codesido et al.,2012) (Casals et al.,2004) (Araujo et al.,2004) (144) (215) (216) .

00146. Ansiedad

Otro problema identificado que convive con el dolor crónico en nuestro estudio ha sido el DdE 00146. *Ansiedad*. Como en otros estudios revisados (Soares et al.,2011) (Janzen et al.,2016) (Soriano et al.,2005), la ansiedad se identifica como problema asociado (63) (74) (115) (157) (217) debido a la contención emocional, por la represión de la queja no comprendida al paso del tiempo. Al inicio, parece que al paciente se le permite el desahogo que, con el paso del tiempo, no encuentran la misma compasión desde los seres cercanos y de importancia para ellos.

Sobre este problema de ansiedad, existen estudios en pre-cirugía, como el de Chirveches-Pérez et al. realizado en 2006, donde la visita enfermera a través de una entrevista estructurada mejora los niveles de ansiedad del proceso quirúrgico (218) . Porque la percepción de la intensidad del dolor no depende únicamente de las dimensiones sensoriales y afectivas de éste, también influyen otros factores como la experiencia pasada del paciente, sus expectativas de control sobre el dolor e incluso las comparaciones que hacen de estas experiencias con las de otros individuos (217). Por ello la necesidad de individualizar cada plan de cuidados.

La intensidad del dolor se relaciona significativamente con depresión y catastrofismo, mientras que la incapacidad funcional se correlaciona con la ansiedad y depresión (217). Ésta última tiene que ver más con la pérdida de función o del rol, con la comparación permanente de lo que “uno fue capaz” y ahora no es. Cuando el dolor

persiste en el tiempo y se hace crónico, la persona entra en unos modelos de conducta donde la actividad puede disminuir y afectar a los patrones de interacción social, lo que le llevará al aislamiento, como señaló el estudio sobre afrontamiento al dolor realizado por Soriano et al. en 2005 (115) y Plata-Muñoz et al. en 2004 (217), e incluso a estar más irascible con los demás como señaló el estudio STEP (157). Algo que se correlaciona con la población de nuestro estudio que presenta problemas de movilidad y aparato locomotor, que además de las IdE_NIC centradas en los campos *Fisiológicos*, sería necesario un fomento de las IdE_NIC del campo *Conductual*.

Mantener niveles de ansiedad se relaciona con la identificación de dolor a estímulos no dolorosos, o lo que es lo mismo, la ansiedad actúa amplificando la intensidad del dolor, llevando al malestar y menor calidad de vida. Son sentimientos que hacen permanecer en la alerta, sospechando que todo va peor, haciéndose sentir vulnerable, como reflejaron los trabajos de Plata-Muñoz et al. (217) y Portenoy et al. (219).

00043. Protección ineficaz

Este diagnóstico se define como la disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones. Y se relaciona, entre otros factores, con las edades extremas, nutrición inadecuada, etc. (214). Este DdE que en nuestro estudio forma parte de la comorbilidad enfermera, podría estar relacionado con la vulnerabilidad de la población mayor y con problemas de movilidad, y de heridas, que hemos encontrados, al igual que otros trabajos que relacionan esa falta de movilidad y función (Portenoy et al., 2010) (219)

00132. Dolor agudo

Hemos encontrado etiquetas de dolor agudo dentro de la comorbilidad enfermera. El concepto de este tipo de dolor frente al crónico difiere, por un lado por el tiempo, porque en el agudo el final es anticipado o previsible. Y por otro, en la repercusión en las diferentes esferas del ser humano. Por eso el dolor agudo es considerado un síntoma, y el dolor crónico pasa a tener un significado de enfermedad.

Tener 00133. *Dolor crónico* no exime de una nueva lesión, intervención, etc. que provoque un malestar pasajero, y de ahí la posibilidad de coexistir ambos.

Estudios como el de Casado Morales et al. en 2008 (77), sobre el dolor de espalda, hablan sobre la adecuación del tratamiento temprano para evitar la cronificación del mismo.

Otros diagnósticos NANDA

Hemos encontrado otros DdE que coexistían con el de dolor crónico, como : 00082. *Manejo efectivo del régimen terapéutico* (anulado por NANDA, 2009) (214), 00084. *Conductas generadoras de salud* (anulado por NANDA, 2010), 00186. *Disposición para mejorar el estado de inmunización* (anulado por NANDA, 2015) (134) y 00122. *Trastorno de la percepción sensorial* (anulado por NANDA, 2012) , que han sido anulados por NANDA en sus diferentes revisiones, por lo tanto, no comentaremos nada sobre ellos.

6.2.2. COMORBILIDAD CIAP

(L) Aparato Locomotor

Como en otros estudios, entre ellos el de Reyes-García et al. (175) y el de Orueta et al. (220), hemos detectado que el registro de episodios CIAP no alcanza el grado de cumplimiento óptimo, probablemente debido a la falta de precisión del sistema automático incluido en el sistema informático. Hemos detectado episodios erróneos que no concuerdan con la descripción del episodio, o simplemente el episodio estaba sin definir. En algunos casos cuando los médicos han establecido o modificado el diagnóstico de un episodio, no han introducido el correspondiente concepto del código CIAP.

Los CIAP que más se relaciona con el diagnóstico enfermero de dolor crónico son los del grupo del aparato locomotor (L) como sucede en otros estudios sobre el dolor

crónico y que ponen a este grupo a la cabeza. Dentro de este aparato, que en nuestro estudio significa un 30,7%, el dolor de espalda es el dolor crónico más frecuente en AP relacionado con el DdE_DC, siendo más habitual entre el sexo femenino, de la misma forma que identificaron estudios como el ITACA, Catalá et al., Soares et al., etc. (60) (61) (63) (64) (68) (153) (188) (157) (221) (222).

Los problemas de espalda son una de las situaciones que más gasto y mayor discapacidad provocan en el entorno industrial como señalaron estudios como el de Casado Morales et al. (77) y el estudio EPISER sobre dolor reumático en España (160). Se calcula que el 70-80% de la población lo sufrirá en algún momento de su vida (77), por lo que el objetivo preventivo es conseguir que las personas en su autocuidado apliquen las normas de higiene postural a sus actividades cotidianas y conozcan los criterios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y paravertebral (223). Las técnicas de EpS buscan la prevención primaria (higiene postural que evite la aparición de problemas de espalda) y la secundaria, donde una vez ha aparecido el dolor, evitar su reagudización, para impedir la cronificación del problema (223) (224) (225). Lo que también prevendría del riesgo de ansiedad y depresión relacionados con el dolor de espalda crónico (74).

6.3. INTERVENCIONES ENFERMERAS

6.3.1. INTERVENCIONES ENFERMERAS EN APMADRID

CAMPO FISIOLÓGICO: BÁSICO

CLASE FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA:

1400. Manejo del dolor

La mayoría de los DdE_DC han tenido una única IdE_NIC lo que refuerza la idea de que no existe una actitud pro-activa y de cultura ante este problema crónico, además se ha observado una decreciente frecuencia de intervenciones enfermeras, a lo largo de los años de estudio, ante el dolor crónico. De los siete campos que contiene la taxonomía NIC, las IdE_NIC utilizadas se recogen únicamente entre cinco de ellos; el Fisiológico: básico, el Fisiológico: complejo, el Conductual, el de Seguridad y el del Sistema sanitario. Datos esperados, porque los otros dos campos son el de *Familia*, y el de *Comunidad*, con poca relación con el dolor crónico.

Entre las IdE_NIC más utilizadas, las pertenecientes al campo fisiológico han sido las más frecuentes, concretamente al *Fisiológico: Básico*, que se refiere a los cuidados que apoyan el funcionamiento físico. Y entre sus intervenciones, la IdE_NIC 1400. *Manejo del dolor*, ha sido la más frecuente para cuidar a la persona con dolor crónico. Esta intervención se define como el “alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente” (139).

En diferentes estudios, como el de González-Escalada et al. y el de Pardo C et al., realizados ambos sobre la opinión de los profesionales, buscan el objetivo de “control soportable” en el tratamiento del dolor; no se trata de conseguir dejar un EVA a 0, sino llevar al dolor al nivel de soportable, lo que significaría ≤ 3 de valoración (153) (226). El estudio STEP realizado sobre 580 pacientes en nuestro país, daba un EVA medio de 5.82 [5.62-6.02] en la intensidad de dolor, lo que se identifica con un dolor moderado que empieza a interferir en algunas áreas de funcionalidad, como la socialización, el sueño y el estado de ánimo (como hemos visto entre la comorbilidad relacionada con 00133. *Dolor crónico*) , pero que no afectaría de forma notable a una amplia variedad de actividades (105).

Esta intervención 1400. *Manejo del dolor* pertenece a la clase *Fomento de la comodidad física*, donde se recogen las intervenciones que utilizan técnicas físicas para iniciar esa comodidad (139). En nuestro estudio existen diferencias entre el uso de esta clase entre hombres y mujeres, siendo mayor este tipo de IdE_NIC entre las pacientes

mujeres ($p<0,001$). Sexo que encabeza diferentes problemas que producen dolor crónico como señaló el estudio sobre prevalencia del dolor de Soares et al. (63)

CLASE FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA:

6482. Manejo ambiental: confort

Sobre esta IdE_NIC 6482.*Manejo ambiental: confort*, queremos resaltar su importancia. Esta intervención se centra en la manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima (139). Lo que pasa por proporcionar un entorno relajado y sin ruidos. La OMS identificó las cifras >55 dB como perturbadoras del confort ambiental; la intensidad correspondiente a la conversación tranquila entre personas sería de 40 dB(227) (228), lo que lleva a comprender el poder de la voz en la exacerbación del dolor.

Diferentes estudios sitúan a los profesionales, en los cambios de guardia, como uno de los agentes más perturbadores del descanso, como señaló el de Marqués Sánchez et al. (229) y Mendoza Sánchez (227), realizados ambos en ambiente hospitalario, junto con el ruido producido por las ruedas de los carros en las plantas hospitalarias (227). Para mejorar esto, se ha puesto en marcha una iniciativa en algunos hospitales de Madrid, que se recoge en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de nuestra Comunidad (230), con el lema “Hospital sin ruido”, con el objetivo de reducir los niveles de ruido y mejorar el confort ambiental.

Lo mismo puede suceder en un domicilio, la enfermera puede ayudar a modificar esos hábitos ambientales que exacerban el dolor, y que afectan al sistema neuroendocrino (aumento de la frecuencia cardíaca, hiperreflexia, disminución de la fase REM del sueño, etc.)(227), pudiendo incrementar también problemas como la ansiedad y el estrés(231). Situaciones ambientales que pueden disminuir esos factores que aumentan el malestar y deterioran la calidad de vida, a través de las intervenciones enfermeras.

CLASE CONTROL DE LA ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

0200. Fomento del ejercicio

CLASE EL APOYO NUTRICIONAL:

1100. Manejo de la nutrición

Otras clases menos representadas en nuestro estudio, pero importantes si tenemos en cuenta la comorbilidad que hemos presentado y su relación con la persistencia del dolor, serían el *Control de la actividad y ejercicio*, y el *Apoyo nutricional*, ambas del campo *Fisiológico: Básico*.

Este grupo de IdE_NIC harían referencia a las intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación, y el gasto de energía, en la primera clase; y la segunda agruparía a las intervenciones referentes a modificar o mantener el estado nutricional (139). Ambas clases relacionadas con el cuidado al dolor crónico, a través del cuidado de la capacidad funcional y de la nutrición. En diferentes estudios, como el ITACA, Langley et al., EPISER, etc., hemos encontrado esta relación dolor-deterioro de la movilidad-peso (60) (68) (206) (232), de ahí que queramos resaltarlas.

Hemos visto que el exceso de peso ha sido parte de la comorbilidad que acompaña en este estudio, y en otros consultados (estudio ITACA, Pueyrredón et al., EPISER y Okifuji et al.) (60) (163) (206) (207).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad era clara entre los enfermos con dolor crónico en la bibliografía (60) (163) (206) (207), con cierto predominio de patologías osteomusculares (208) (209) (188); que si a ello le sumamos que el dolor crónico aumenta su prevalencia con la edad, y la población cada día es más envejecida (En España el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasará a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064 (233)), es claro que bajar de peso es una de las prioridades de salud pública que las enfermeras deberán abordar si se quiere cuidar de la población futura.

CAMPO FISIOLÓGICO: COMPLEJO

CLASE CONTROL DE FÁRMACOS:

2210. Administración de analgésicos

2380. Manejo de la medicación

2300. Administración de medicación

Detrás de la IdE_NIC *1400. Manejo del dolor*, el segundo lugar en frecuencia, lo ocupan las intervenciones referidas al manejo farmacológico, con: *2210. Administración de analgésicos*, *2380. Manejo de la medicación* y *2300. Administración de medicación*. Pertenecientes al campo *Fisiológico: complejo*, dentro de su clase *Control de fármacos* donde se encontrarían las tres. Esta clase recoge las intervenciones que facilitan los efectos deseados de los agentes farmacológicos (139). En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias en su aplicación entre hombres y mujeres. Cada una de estas IdE_NIC tiene una peculiaridad en el uso del fármaco:

-La *2210. Administración de analgésicos* se refiere a la utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

-El *2380. Manejo de la medicación* es facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

-La *2300. Administración de medicación* se refiere a preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Esta clase de Control de fármacos, muy representada en nuestro estudio, pone de manifiesto que la enfermera se implica en el seguimiento de la medicación prescrita, siendo un eslabón en el tratamiento del paciente con dolor. Y señala la necesidad del trabajo en equipo y de la formación, para el adecuado seguimiento del paciente con dolor crónico. Es un clamor en todos los estudios consultados (Soares et al., Aguilar Cordero et al., Kheshti et al., etc.), y desde los organismos implicados con el tratamiento del dolor (como la IASP), la necesidad de formación de los profesionales (63) (133) (234) (235). Conocer cómo se administran los fármacos así como los efectos

deseados e indeseados es prioritario para conseguir el objetivo de disminuir el dolor en un entorno de seguridad; en consonancia con la Estrategia de Seguridad del Paciente de la CM (236) y otros documentos de seguridad publicados (237) (238) donde se señala el error de medicación como uno de los puntos más importantes dentro de la seguridad en salud.

Las personas con dolor depositan en nosotros la confianza para recibir el mejor cuidado, y es la responsabilidad de los profesionales el prestar unos cuidados adecuados, de calidad y libres de riesgo (239), para lo que la autoformación y la formación continuada es necesaria entre las enfermeras. Estudios como el realizado por Aguilar Cordero et al. (234) relacionan el cambio de actitud con la formación continuada, y por tanto, la mejora de competencias de la enfermera frente al dolor (240). Cuando la formación y capacitación en dolor existe, no hay diferencias en la actitud pro-activa frente al dolor por parte del profesional, no influyendo la edad, ni años de experiencia (241).

El estudio APEAS sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria (238) identificó que los efectos adversos graves significaban el 37% , y éstos estaban relacionados con la medicación. Evidenciando también los errores acontecidos por la inadecuada comunicación en el tratamiento prescrito. Lo que nos lleva de nuevo a reconocer la importancia que tiene la buena comunicación entre profesionales, y con los pacientes, y la necesidad del trabajo en equipo (238).

Los fármacos más utilizados como analgésicos en los diferentes estudios consultados, señalan a los analgésicos del primer escalón de la escalera analgésica de la OMS, como son los AINE en primer lugar, seguido del Paracetamol, y algo más alejado el Metamizol; cuando se pasa al segundo escalón el Tramadol sería el más utilizado , dentro de los opioides débiles (4) (64) (64) (145) (242) (243) (244).

En el autocuidado de la persona con dolor, el conocimiento de la pauta indicada, el manejo de la medicación, así como conocer los efectos adversos para prevenirlos y detectarlos a tiempo es imprescindible. De esa co-responsabilidad forma parte la prevención de situaciones no deseadas, que pueden producir los fármacos analgésicos y coadyuvantes, como: problemas gastrointestinales, estreñimiento, caídas, toxicidad,

abusos y dependencias, etc., y de la que hablan diferentes estudios como el de Marcel et al. , Ballina et al., Lanas et al. , sobre la relación del uso de AINE y el riesgo digestivo, o el manejo de opioides por la enfermera de Lall et al., etc. (119) (245) (246) (247) (248) . Una educación sanitaria, continua, que puede reducir los errores con la medicación y evitar problemas de salud derivados.

CAMPO CONDUCTUAL

A este primer puesto de las intervenciones de los campos *Fisiológicos*, les siguen las pertenecientes al campo *Conductual* de la taxonomía. Cuyas clases más utilizadas, de las seis que tiene, serían las referidas al *Fomento de la comodidad psicológica*, *Ayuda al afrontamiento*, *Potenciación de la comunicación* y *Educación de pacientes*.

El campo *Conductual* recoge cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y que facilitan los cambios de estilo de vida (139). En una atención integral de la persona con dolor crónico se precisa valorar las esferas psicoemocional, social, y de valores y creencias (espiritual, o de transcendencia) además de la física, donde parece que concentramos los esfuerzos. La necesidad del cuidado psicoemocional es señalado por diferentes estudios, como el de Breivik et al., Soares et al., Jamison et al., estudio EPIDOR, Gálvez et al. (4) (63) (232) (244) (249) y que muestran niveles altos de depresión y otras malestares mentales entre las personas con dolor crónico, además de aislamiento social e infelicidad, debido a esa influencia del dolor en todas las esferas humanas, que lleva a una peor calidad de vida.

En nuestro estudio, y como hemos venido comentando también en otros, la mujer sería la que presenta mayor necesidad de esta intervención en este sentido, respecto a los hombres (78) (217) (115), mostrando una significación ($p<0,05$) en las IdE_NIC pertenecientes a la clase de *Ayuda en el afrontamiento* y la de *Fomento de la comodidad psicológica*. En otros estudios se señalan niveles más altos de ansiedad y depresión entre las mujeres con dolor crónico (Breivik et al., Piereti et al., estudio STEP, estudio EPIDOR, Pinto-Meza et al., Torre F et al.) (4) (221) (157) (244) (250)

(251), lo que llevaría a entender el peor afrontamiento y malestar psíquico que el dolor persistente produce en sus vidas.

A pesar de la importancia de este campo en el cuidado del dolor, no han sido frecuentes las IdE_NIC pertenecientes a este grupo en comparación con los *Fisiológicos*.

Entre las IdE_NIC registradas en APmadrid, pertenecientes al campo Conductual, la 4920.*Escucha activa*, 6040.*Terapias de relajación simple* (Actualmente 6040. *Terapia de relajación*), 5900.*Distracción*, 5320.*Humor*, 5460. *Contacto*, 5960.*Facilitar la meditación* y 5510.*Educación para la salud*, son las más utilizadas.

CLASE POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN:

4920. *Escucha activa*

La 4920.*Escucha activa* es una intervención que viene definida por prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente (139). Es una herramienta relevante que significa uno de los atributos de la disciplina enfermera, que contribuye a la interrelación positiva enfermera-paciente(252). Se calcula que entre un 30 y un 50 % de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el profesional, como muestra un estudio de revisión realizado por Vidal et al. sobre la relación de ayuda y la importancia de la comunicación como herramienta principal en la profesión enfermera (253), de ahí la importancia de establecer una adecuada relación terapéutica basada en habilidades sociales tales como: observación, asertividad, empatía, respeto y escucha activa, como necesarias para conseguir el bienestar del paciente.

La escucha activa requiere de habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar esta relación enfermera-paciente, que se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre el profesional y el paciente se va construyendo y reconstruyendo el binomio salud-enfermedad(254).

Fomentar una relación terapéutica positiva contribuye a una disminución del tiempo de recuperación, minimiza la ansiedad, y disminuye el dolor (218) (253). Un estudio

realizado Faigeles et al. (255) demostró que el empleo de la información de la intervención y el tono de voz utilizado por la enfermera, disminuía el dolor en las movilizaciones en la cama. El profesional es el primer “analgésico” para el paciente, según se construya la relación con él, obtendremos unos resultados u otros. Adoptar un modelo empático de relación, como dice Vidal Blan et al. (253) es el ideal a seguir; se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y se ayuda. Subiola García et al. afirma que la enfermera no puede establecer un plan de cuidados adecuado si no conoce la situación del paciente y lo que éste opina sobre el mismo, solo cuando se consigue un entendimiento mutuo se pueden buscar soluciones en común y conseguir que el proceso sea mucho más efectivo; afirmación con la que estamos de acuerdo. En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (1), se habla de la corresponsabilidad del cuidado, y ello pasa por esta relación enfermera-paciente de la que acabamos de hablar (131) (256).

CLASE FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA:

6040. Terapia de relajación

5900. Distracción

5960. Facilitar la meditación

CLASE AYUDA AL AFRONTAMIENTO:

5320. Humor

5460. Contacto

Las siguientes IdE_NIC de este campo *Conductual*, estarían entre las consideradas terapias integrativas (*6040.Terapias de relajación, 5900.Distracción, 5320.Humor, 5460. Contacto, 5960.Facilitar la meditación*). En estos momentos hay un resurgir de este tipo de terapias, en el cuidado del dolor crónico, que seguirían los pacientes complementando el tratamiento convencional. Terapias como masaje, acupuntura, relajación, calor local, etc., son contempladas en diferentes estudios españoles e internacionales en el tratamiento no farmacológico del dolor crónico, como el de

Breivick et al., Nuñez M et al., Guo et al., Trinh et al., y Lian et al. (4) (257) (258) (259) (260).

Este tipo de terapias en auge parece que mejoran el confort y bienestar del paciente. Estudios sobre dolor señalan este tipo de terapias como positivas para el paciente con dolor crónico (Braden et al. y Rosenzweig et al. ambos sobre los beneficios del mindfulness; Oliveira et al. sobre la terapia de distracción; Griffin et al. sobre los beneficios de la medicina integrativa; Wang et al. sobre el complemento del Tai Chi, y así diferentes estudios sobre terapias complementarias e integrativas) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267), aun así muchos de los trabajos consultados indican la necesidad de aumentar y mejorar la investigación sobre estas terapias, para tener una evidencia mayor (268) (269).

Existen controversias en el uso de este tipo de terapias, pero lo cierto es que si en nuestro día a día, vamos a pintura, bailamos, acudimos al spa, practicamos yoga, Qi-gong, escuchamos música, etc., porque nos hace sentir mejor, por qué no recomendarlas a las personas que tienen dolor crónico, en su autocuidado diario. Son terapias que precisan de un entrenamiento para conseguir unos resultados que complementen el tratamiento convencional.

Este tipo de cuidados, aunque algunos se encuentran entre las intervenciones enfermeras de la taxonomía NIC, no suelen estar dentro de los currículos universitarios nacionales. Destrezas por tanto que las Enf_AP han adquirido a través de estudios post-grado y de formación continuada.

Por otro lado, comparando con los datos obtenidos del cuestionario, las terapias complementarias han sido las menos seleccionadas por las Enf_AP para el cuidado del DCNO.

CLASE EDUCACIÓN DE PACIENTES:

5510. Educación para la salud

Otra de las intervenciones importantes dentro de este campo *Conductual* ha sido la *5510.Educación para la salud*, aun así poco registrada frente a otras del campo FB y FC.

Esta IdE_NIC consiste en desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas , familias, grupos o comunidades (139). Esta herramienta es vital para enfermería de AP, en el entorno de la promoción del autocuidado y empoderamiento del paciente en el cuidado analgésico, y señalada por Ángel et al. en un estudio sobre la evidencia de las guías de práctica clínica en el dolor lumbar crónico(270) , y una de las herramientas señalada por el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS (79).

Con la EpS se intenta promover el cuidado de la salud, para no enfermar; y en el caso de sufrir patología alguna, manejarla para control de la propia vida, donde la enfermedad crónica nos acompañe a lo largo de nuestra existencia y no al revés. Lo que referido al dolor, sería conocer y manejar los cuidados para que no sea el centro de nuestra existencia, o lo que es lo mismo, mantenerlo entre niveles soportables.

En este marco de educación para la salud, el autocuidado es un objetivo. Como decía Dorothea Orem (10) éste es la práctica de actividades que iniciamos y realizamos en nuestro propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado se inicia con la toma de conciencia de uno mismo y del propio estado de salud, donde cuentan todas las esferas del ser humano (física, psicoemocional, social y espiritual). Solo alguien capaz de cuidar de sí mismo puede mostrar la capacidad de cambiar.

Una de las afirmaciones básicas de la Teoría del Autocuidado desarrollada por Orem, es considerar el autocuidado como una conducta, o lo que es lo mismo, un comportamiento aprendido e intencionado que existe en situaciones concretas y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar, que sería el objetivo (127)

No es lo mismo paciente informado que paciente empoderado. Éste último sería capaz de tomar decisiones, ejercer el control sobre su vida y establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden(127). Con la educación para la salud se apunta a conseguir ese adecuado autocuidado.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (1), habla de este empoderamiento del paciente y de la importancia del apoyo de la enfermera como entrenadora de ese autocuidado(271). Este entrenamiento consiste en un proceso interactivo mediante el cual la enfermera (coach o entrenadora) y el paciente (coachee) acuerdan un camino para alcanzar los objetivos de salud o de cuidados, utilizando sus propios recursos y habilidades.

Palmer et al. (272)define este coaching en salud como la práctica de educación para la salud y promoción de salud dentro de un contexto que refuerza el bienestar de los individuos y facilita en las personas el logro de metas relacionadas con la salud, mejorando además las conductas que constituyen estilos de vida saludables (273) (274)

La importancia de promover el autocuidado entre las personas con dolor crónico, estriba en que lo involucra como paciente activo, le conduce a entender mejor su enfermedad y a desarrollar estrategias de salud que le ayuden a vivir lo mejor que pueda, desarrollando sus habilidades (156). El autocuidado que el paciente establezca le hará participar de su vida de forma plena, a través de un correcto afrontamiento del dolor, toma de decisiones correctas, manejo de la medicación, etc., que le conducirá en general a una mejora de calidad de vida (156) (275).

Responsabilizarse de un problema de salud, como puede ser el dolor crónico, requiere de un conocimiento para poder responder desde el cuidado. En España, algo más del 25% de pacientes dicen no conocer la patología crónica que sufren, según un estudio realizado por la Sociedad Española de Medicina Interna (276). Este es uno de los primeros pasos para asumir el autocuidado, conocer *qué me pasa, y qué puedo hacer por mí*. La persona con dolor crónico tiene que entender la especificidad de su problema, y aquellos cuidados que tendría que asumir para disminuir la sensación de malestar.

CAMPO SEGURIDAD

CLASE CONTROL DE RIESGOS:

6520. Análisis de la situación sanitaria

6480. Manejo ambiental

En tercer lugar el campo representado por la frecuencia de las IdE_NIC, es el de *Seguridad* con la clase de *Control de riesgos*. Este campo recoge cuidados que apoyan la protección contra daños, y específicamente la clase señalada recogería intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo (139). En este grupo entraría la necesidad comentada anteriormente, de controlar y disminuir los riesgos con la medicación prescrita, así como los problemas derivados del deterioro funcional que produce el dolor crónico, y que hemos detectado en nuestro estudio sobre la comorbilidad relacionada con el DdE_DC (00155. *Riesgo de caídas*, 00088. *Deterioro de la ambulación*, 00085. *Deterioro de la movilidad física*...o aquella morbilidad CIAP relacionada con la afectación del aparato locomotor)

El deterioro en la funcionalidad, e incluso discapacidad que produce el dolor persistente, representa un coste no solo emocional y social, como hemos visto, sino un coste económico en pérdida de días de trabajo como señala el estudio de Manchikanti et al. en Estados Unidos (78), pero como en nuestro estudio la edad encontrada significa pertenecer al grupo de jubilados profesionales, sería ese coste aumentado relacionado con el apoyo a la dependencia, desde terceras personas para realizar las actividades de la vida básicas e instrumentales(184), al gasto de prótesis y ayudas técnicas.

CAMPO SISTEMA SANITARIO

CLASE CONTROL DE LA INFORMACIÓN:

8100.Derivación

Otro de los campos representado en el cuidado del dolor crónico sería el referido a los cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria. Este campo se conoce como *Sistema sanitario*. De éste, las IdE_NIC más reflejadas en APmadrid en el cuidado del dolor crónico, han pertenecido a la clase *Control de la información* que recoge intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria. La IdE_NIC más representada dentro de esta clase ha sido la *8100.Derivación*; esta intervención se refiere a los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o institución (139).

Durante el seguimiento del paciente con dolor crónico, pueden existir fases de exacerbación o crisis, donde es necesaria la derivación a otro profesional, o a otro equipo, para una nueva valoración y ajuste del tratamiento(277). Estar alerta a estos signos garantiza el buen cuidado.

Atender a la cronicidad es hablar de coordinación profesional, y así lo recoge la estrategia nacional y la de la CM (1) (3) . Se trata del trabajo en equipo interdisciplinar y multidisciplinar; el paciente con dolor crónico se mueve entre los diferentes entornos asistenciales, y en todo momento necesita de la coordinación y documentación adecuada , para una atención de calidad, eficiente y con bajo riesgo (6) (9) (20) (51) (176), apoyándose en nuevos sistemas de comunicación ofrecidos y tecnologías que favorecen esta atención (Sistemas informáticos sanitarios, telefonía, videoconferencia, etc.) como demuestran los trabajos de Jaensson et al. ,sobre el uso del teléfono móvil y APP, y el de Ramelet et al. sobre el servicio de tele-enfermería en el cuidado del dolor reumático (278) (279).

6.3. INTERVENCIONES ENFERMERAS SELECCIONADAS CON MAYOR FRECUENCIA POR LAS ENFERMERAS DE AP ANTE EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: CUESTIONARIO ON-LINE

La respuesta on-line ha sido del 15% lo que se puede considerar aceptable, según estudios de encuestas a través del correo electrónico (280). Hemos obtenido un total de 435 cuestionarios cumplimentados y analizados.

Realizar un cuestionario on-line tiene sus ventajas, pero también sus inconvenientes, o limitaciones que seguidamente exponemos:

- Cabe la posibilidad de encontrar respuestas por afinidad o motivación, que trae la respuesta digital (no presencial) (281).

- La muestra sería de voluntarios, que dista de la muestra representativa (281) (282).

- Menor tasa de respuesta por el bajo uso de las herramientas informáticas en general (correo electrónico , entrar en una URL para respuesta del cuestionario, etc.), y por una mayor edad de las enfermeras de AP en particular, que hace que no tengan el hábito de utilizar el correo corporativo, por donde se solicita la participación (281). Hemos de saber que a las últimas plazas de AP se ha accedido por méritos que corresponden a años de profesión y por tanto de edad (194) (283).

- La antigüedad de la red de ordenadores de AP, con baja potencia de respuesta y rapidez cuando se navega por internet, puede influir en el tiempo de cumplimentación del cuestionario on-line, y por tanto de ser finalizado o no. Y así se constató en algunos casos.

6.3.1. PERFIL DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los resultados sobre el perfil de las Enf_AP coinciden con otros datos presentados a nivel nacional sobre las enfermeras de este entorno asistencial, por ejemplo en el Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería publicado por el MSSSI en 2012 (284). En nuestro estudio son mujeres, entre 45-54 años y una antigüedad laboral notable de 21-30 años. Solo el 11% son especialistas en EFyC. Sobre esta especialidad de enfermería, reconocida en el Real Decreto 450/2005 (285) hay que destacar que en la Comunidad de Madrid no existe, por el momento, la adecuación al puesto de trabajo en AP, como sí ocurre en otras comunidades autónomas (286), no teniéndose en cuenta a la hora de contratar profesionales en este ámbito asistencial. Esto puede repercutir en el cuidado del paciente que precisa de unas adecuadas competencias profesionales en el entorno de AP. En la actualidad la ocupación de plazas laborales de enfermería de AP es por bolsa profesional (287) o por oposición (283), sin tener en cuenta la especialidad.

6.3.2. INTERVENCIONES ENFERMERAS MÁS SELECCIONADAS PARA EL CUIDADO DEL DCNO

La frecuencia de IdE_NIC que las enfermeras de AP dicen que desarrollan en el cuidado del DCNO, pertenecen al campo *Conductual*, en su mayoría. Donde las clases más representadas serían: la *Educación de los pacientes*, la *Potenciación de la comunicación*, y la *Ayuda al afrontamiento*; a diferencia de las registradas en APmadrid, donde el campo más utilizado en la práctica ha sido el *Fisiológico: Básico* y el *Fisiológico: Complejo*. Lo que quiere decir que en la práctica real, es el cuidado físico el que concentra los cuidados enfermeros en la atención del dolor crónico, sin dejar

de lado la importancia del campo *Conductual* (aunque mucho menos representado), el de *Seguridad* y el del *Sistema sanitario*.

Nuestro estudio refleja algunas diferencias entre profesionales mujeres y hombres, en la selección de las IdE_NIC del campo *Conductual*, siendo más elegidas entre las profesionales mujeres intervenciones como el 5270. *Apoyo emocional*, 5310. *Dar esperanza*, el 4364. *Elogio* y la 5340. *Presencia*. Por otro lado, sería más frecuente entre los profesionales hombres, la utilización de la 5860. *Biorretroalimentación* y la 2390. *Prescribir medicación*, aunque estas últimas IdE_NIC estén entre el grupo menos frecuentes en utilización. Hay que decir que tras el RD 954/2015 sobre la prescripción enfermera (288), estos profesionales no pueden indicar ningún fármaco ni material para cuidados, incluidos los de compra libre en el mercado, lo que hace pensar que este dato sobre prescripción es anterior al RD954/2015, dado que nuestro periodo de tiempo estudiado es de 2011-2015.

Referente al sexo, parece que en los profesionales influye el conjunto de valores y creencias, normas y prácticas, símbolos y representaciones acerca de la manera en que se comportan hombres y mujeres a partir de la diferencia sexual, con significados sociales, psicológicos y culturales de la sociedad, como dice la autora Rubín en la obra “El género: la construcción cultural de la diferencia sexual” (289).

La antropología ha demostrado, que las propias nociones que tenemos de la “persona”, del “individuo”, lejos de responder a realidades transcendentales de la especie, son construcciones culturales históricas. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los sexos femenino y masculino, sino que estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos(290). Y así la enfermería tiene un reconocimiento significativo, a nivel social, como mujeres cuidadoras, pero no obstante, la historia nos ha demostrado que las formas de imposición, los roles y estereotipos son cambiantes según las normas y valores que impongan los grupos en el poder, ya que al ser adquiridas socialmente son susceptibles de modificarse(290). Toda persona manifiesta simultáneamente aspectos de la masculinidad y la feminidad(290), y no tendría por

qué existir las diferencias entre profesionales mujeres y hombres dentro de la enfermería, a la hora de aplicar cuidados.

El campo *Conductual* se refiere a esos cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. Estilos de vida ligados a las intervenciones de educación, y de autocuidado, de las que hemos hablado con anterioridad.

Parte del bienestar de la persona tiene que ver con el funcionamiento psicosocial, y es parte integral de la calidad de vida. Las condiciones de vida producidas por las pérdidas de función, que a veces acompaña al dolor crónico, puede repercutir considerablemente en la sensación de dolor, modulándolo según el estado de malestar. Es un problema de salud que en sí mismo es considerado una experiencia estresante ante la que el paciente tiene que poner en marcha una serie de estrategias y recursos de cara a su adaptación, puesto que perdura a lo largo del tiempo , y por ello hay que desarrollar cuidados que ayuden a una baja interferencia del dolor crónico en la vida cotidiana y al escaso malestar emocional, de alguna forma intervenciones que aumenten la resiliencia frente al dolor, o lo que es lo mismo , el impulso y la búsqueda de estrategias de afrontamiento, como señala Ruiz Párraga GT et al. (291).

CAMPO CONDUCTUAL

CLASE EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES:

5510. Educación para la salud

5616. Enseñanza: medicamentos prescritos

5602. Enseñanza: proceso de la enfermedad

5606. Enseñanza: individual

La educación es uno de los recursos para la mejora del estilo de vida y manejo de la propia salud. Sea a nivel individual como grupal es una de las actividades comunes en los diferentes centros de salud de la CM (154). Entre las IdE_NIC más utilizadas

pertenecientes a la clase *Educación de los pacientes*, han señalado: la 5510. *Educación para la salud* cuya finalidad es desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades (139); la 5616. *Enseñanza: medicamentos prescritos* que consiste en preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos (139) , la 5602. *Enseñanza: proceso de la enfermedad* que trata de ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico(139) y la 5606. *Enseñanza: individual* , que mediante la planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado pretende abordar las necesidades particulares del paciente (139).

Estas cuatro IdE_NIC se corresponden con los cuidados que precisan las personas con DCNO, pues sabemos de la auto-responsabilidad que se espera de los pacientes crónicos, para lo que necesitan información y formación sobre su enfermedad, en este caso el dolor crónico, y sobre la comorbilidad que pueda acompañar, así como de la medicación prescrita y cuidados, sus efectos esperados y los adversos. Una información y formación ajustada al enfermo, y a su familia, para lo que será necesaria esa visión holística comentada a lo largo de este documento.

Al igual que señalaba la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS(1) , y el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS(79), entre sus objetivos, se necesita impulsar la participación de la ciudadanía y la capacitación de las personas con dolor y sus cuidadores, recomendando mejorar la información a los pacientes acerca de su dolor, su valoración y las medidas existentes para su tratamiento y cuidados; promover intervenciones que favorezcan la capacitación y la implicación en su autocuidado de las personas con dolor y sus cuidadores, dirigidas a mejorar el afrontamiento del dolor y a preservar la calidad de vida; fomentar la participación de las personas con dolor en la toma de decisiones acerca de las opciones diagnósticas y terapéuticas relacionadas con su proceso de atención y autocuidado; etc.

A esto se suma el impulso de una atención segura donde se recomienda mejorar la información de los pacientes acerca de aspectos relacionados con los tratamientos farmacológicos, beneficios, eventos secundarios y adversos y adherencia terapéutica, como señalan el Documento marco y la Estrategia de Seguridad de los pacientes (79) (237). Unas indicaciones que nos lleve hacia un autocuidado seguro, a través de la educación de la persona y el entrenamiento.

La educación para la salud (EpS) comprende las oportunidades de aprendizaje creadas de forma consciente, dirigidas a mejorar la alfabetización sanitaria, que lleva a la mejora del conocimiento de la población y al desarrollo de habilidades personales que pueden conducir a la mejora de la salud (292), y en lo que al dolor se refiere, al control o nivel soportable del mismo. Se pretende promocionar un estilo de vida y autocuidado analgésico que aumente el bienestar y calidad de vida. Como señala el documento “Formación en Promoción y Educación para la Salud”(292) editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), la EpS es un instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción. Y necesita de una visión integral e integradora de la persona, porque como educación tiene en cuenta la valoración física de la persona, su esfera psicológica, así como socio-cultural y de valores y creencias sobre lo que concierne al dolor y el cuidado/tratamiento.

En nuestro estudio, la 5510. *Educación para la salud* ha sido significativamente más utilizada por las enfermeras más jóvenes de 18-34â, frente a los otros grupos de edades. Estas enfermeras seleccionan para el cuidado del dolor crónico intervenciones relacionadas con la educación de los pacientes y el fomento de la salud de la comunidad. El motivo puede ser porque entre estas edades se encuentran las especialistas en EFyC, cuyo currículo presenta competencias avanzadas que conforman el perfil profesional de la enfermera de AP especialista, vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, y con la docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales(293)

Específicamente en la intervención 5616.*Enseñanza: medicamentos prescritos*, hemos encontrado diferencias entre las Enf_AP según la antigüedad laboral, siendo esta más seleccionada entre las que llevan trabajando más de 30 años.

CLASE POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN:

4920. *Escucha activa*

La *Potenciación de la comunicación* se refiere a esas IdE_NIC que facilitan la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

A diferencia de la IdE_NIC más reflejada en el registro de la HCI en APmadrid con 1400. *Manejo del dolor* en primer lugar, en el análisis del Cuestionario on-line ha sido la 4920.*Escucha activa* la más frecuente, donde algo más del 54% de las enfermeras la utilizarían siempre frente al dolor crónico. Como en otros estudios (por ejemplo, el de Hernández Pérez et al. sobre calidad de vida autopercebida y satisfacción), el ser escuchado y comprendido en las propias necesidades desde un punto de vista holístico era uno de los factores que mejoraba la satisfacción de los pacientes junto con mayor tiempo de consulta y conocimientos especializados profundos sobre el problema a tratar (32) (75) (294) (295). Como señala Uribe MT., el profesional de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que el paciente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud, para identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, de vuelta a la práctica para transformarla (128).

La escucha activa forma parte de la buena comunicación enfermera/paciente, y como decía Mejía-Lopera (2006) ésta es un proceso continuo por el cual una persona puede influir en otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos (296). Esta IdE_NIC también ha sido una de las más frecuentes registradas en la HCI de APmadrid, lo que nos hace pensar que la enfermera tiene en consideración esta herramienta para el cuidado de la persona con dolor crónico. Diferentes autores, como hemos visto, consideran esta habilidad un pilar para el desarrollo del cuidado enfermero (Drury et al.2012; Vidal Blan R et al.,2009; etc.) (252) (253) (254) (297). La escucha activa forma parte de una buena

comunicación entre el profesional y el paciente, influyendo en la satisfacción con la atención recibida. La comunicación es la llave para realizar una atención integral de la persona.

CLASE: AYUDA AL AFRONTAMIENTO:

5270. Apoyo emocional

La *Ayuda al afrontamiento* agrupa las IdE_NIC para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento. Los estudios españoles señalan un nivel de intensidad del dolor soportado entre moderado e intenso (63) (115) , lo que supera los propios recursos del individuo para hacerle frente, percibiéndose a sí mismo poco hábil para manejarlo y controlar la situación; siendo esto un factor incapacitante y limitante en la vida diaria, que lleva a ciertos niveles de ansiedad y depresión (115) (217) (298) .

Lázarus R. en su libro “Stress and Emotion” (299) habla de que la valoración del dolor y su afrontamiento son procesos indisolublemente unidos que determinan en gran medida la evolución de los síntomas e incluso la cronificación del problema. Las personas y grupos difieren en cuanto a la sensibilidad y la vulnerabilidad a determinados tipos de situaciones, así como en sus interpretaciones y reacciones.

En este afrontamiento, Lázarus R. habla de la importancia de los procesos cognitivos que intervienen entre el conflicto y la reacción, así como los factores que influyen en la naturaleza del proceso. En su teoría transaccional del estrés (Lazarus, 1966) presenta al individuo y su entorno como unidad inseparable, uno influye sobre el otro, por lo que hay que tener en cuenta las respuestas cognitivas, afectivas y adaptativas de cada uno con su cultura y entorno(300). Esto tiene que ver con lo ya comentado en este trabajo, de la importancia de la atención holística del dolor, teniendo en cuenta las cuatro esferas del ser humano.

Respuestas desde la esfera emocional como la ansiedad y tristeza son frecuentes entre las personas con dolor crónico, como hemos visto (4) (187)(244)(242) . Estudios como el realizado por Rodríguez Franco et al.(242) encontraron entre los parámetros

cognitivos pensamientos automáticos negativos, referentes al posible control y expectativas de autoeficacia frente al dolor. Situación que lleva a la desesperanza de los pacientes.

Soucase et al. encontraron, a través del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD), que los pacientes utilizaban medidas como la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión para afrontar mejor el dolor (115) (298) . Por lo que es importante promover la detección de factores emocionales concomitantes que puedan contribuir a la aparición, mantenimiento y/o agravamiento del dolor y su adecuada atención con el fin de permitir la aceptación, adaptación y adherencia al tratamiento.

A la población con dolor crónico de nuestro estudio se le une además su condición de ser mayor, con más riesgo de soledad, mayores índices de tristeza y de cansancio, así como la disminución de la salud subjetiva y la movilidad, lo que reduce más si cabe la calidad de vida en comparación con aquellos sin dolor (183).

La IdE_NIC más representada en este grupo ha sido el 5270. *Apoyo emocional* , intervención que intenta proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión(139). En la selección para la práctica, esta IdE_NIC ha sido más frecuente entre las Enf_AP mujeres que entre los enfermeros.

Junto a esta IdE_NIC, y del mismo campo Conductual, también han tenido una significación mayor entre mujeres el 5310. *Dar esperanza* y la 5340. *Presencia*, ambas de la misma clase que el 5270. *Apoyo emocional*.

La intervención 5310. *Dar esperanza* tiene que ver con aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones. Algo necesario para ese afrontamiento que queremos impulsar, y ese cambio de pensamiento negativo hacia uno más positivo, como refleja el trabajo de Rodríguez Franco et al.(242). Esta intervención ha sido más utilizada por las enfermeras mujeres, y con mayor antigüedad laboral (>30â).

Y para el desarrollo de este tipo de cuidados de afrontamiento hay que acompañar, no solo con un acompañamiento físico, sino también psicológico. Hacerse accesible al

paciente para ese cuidado holístico del dolor, aceptando su queja, siendo sensible, cercano, etc., actividades éstas que se agrupan en la intervención 5340. *Presencia* (139) (294) .

Por otro lado, dentro de la clase *Terapia conductal*, la IdE_NIC 4364. *Elogio* también ha sido más seleccionada por las EnF_AP mujeres, frente a los hombres. Intervención muy unida a las anteriores, pues trata de proporcionar afirmaciones de estimación y admiración para identificar y resaltar los puntos fuertes y capacidades presentes en el individuo, la familia o la comunidad (139). No se puede dar esperanza sin reconocer los avances o puntos fuertes del enfermo y su entorno, dentro de ese cambio de pensamiento que necesita.

Estos hallazgos sobre una elección mayor de este tipo intervenciones entre las mujeres enfermeras, ponen de manifiesto el peso del género femenino ligado al cuidado más holístico.

Dentro de esta clase de *Ayuda al afrontamiento*, también hemos encontrado diferencias entre tener o no la especialidad de EFyC. Las enfermeras especialistas utilizan más las intervenciones 5395. *Mejora de la autoconfianza* y 5230. *Mejorar el afrontamiento*, que las no especialistas.

CAMPO FISIOLÓGICO: BÁSICO

CLASE CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

0200. *Fomento del ejercicio*

En el estudio realizado a través del cuestionario on-line, el campo *FB* es representado por la IdE_NIC 0200. *Fomento del ejercicio*, la cual trata de facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud (139). Para lo que hay que conocerlas condiciones del paciente y el alcance de la actividad a realizar, individualizándola (301). Que además de un

entrenamiento de forma paulatina y progresivo, motive al paciente para incorporarlo a su vida (301) (302) (303) (304).

Diferentes estudios, entre ellos el de Hoffmann TC et al.2016, indican el ejercicio físico como un componente importante dentro de la terapia no farmacológica dirigida a controlar el dolor, no solo por su efecto sobre lo físico y la pérdida de función, sino también por su efecto psico-emocional y de control analgésico por la estimulación de endorfinas (conocidas como los opioides endógenos) , como el efecto de distracción, en el cuidado de la persona con dolor (90) (301) (305) (306) .

CLASE APOYO NUTRICIONAL:

1260. Manejo del peso

Como hemos visto en este documento el peso es un factor relacionado con el dolor osteomuscular que debe tenerse en cuenta, dentro del autocuidado. La IdE_NIC *1260.Manejo del peso* se utiliza para facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal (139) y junto al *5246.Asesoramiento nutricional* , como proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta, han sido las IdE_NIC más seleccionadas en esta clase.

Esta IdE_NIC no estuvo entre las más registradas en la HCI de APmadrid, pero si en la selección de utilidad indicada por las Enf_AP, lo que nos hace pensar que los profesionales conocen de su importancia en el cuidado del DCNO.

CAMPO FISIOLÓGICO: COMPLEJO

CLASE CONTROL DE FÁRMACOS:

2395. Control de la medicación

2380. Manejo de la medicación

Como sucedió en el registro de APmadrid, la clase de Control de fármacos ha sido considerada por la enfermera de AP, muy importante en el cuidado de la persona con DCNO. Lo que refuerza la idea de la labor que este profesional realiza en el seguimiento del tratamiento farmacológico y su implicación con el cuidado seguro.

Teniendo en cuenta la definición de ambas IdE_NIC, las dos se relacionarían con la seguridad del paciente y estarían en consonancia con las recomendaciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente de la CM (236):

-*2395. Control de la medicación* a través de la comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con la prescripción al ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.

-*2380. Manejo de la medicación* facilitando la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Si como recogía APEAS(238), los efectos adversos más importantes son debidos a errores con la medicación; es positivo que la Enf_AP considere estas IdE_NIC como importantes en el cuidado de la persona con dolor.

CAMPO DEL SISTEMA SANITARIO

CLASE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO:

7710. Colaboración con el médico

Dentro de este campo que recoge los cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria, la clase Gestión del sistema sanitario se refiere a las intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión de los cuidados (139).

La IdE_NIC que más utilizan las Enf_AP en el cuidado de la persona con DCNO es la *7710. Colaboración con el médico*. Esta intervención se define en la NIC como la colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente(139).

Entre sus actividades se recogen indicaciones como: establecer una relación de trabajo profesional con los profesionales de la medicina, participar en su orientación, participar en los programas de su educación, alentar una comunicación abierta, comentar las preocupaciones del paciente sobre la asistencia recibida, ayudar al paciente a expresar sus inquietudes...etc. (139). En definitiva , participar en el equipo con el médico para orientar mejor la asistencia, y repercutir positivamente con el cuidado al enfermo y su familia, como señala Burke et al. en su estudio sobre comunicación y cuidado (307). Trabajar en equipo consiste en colaborar organizadamente para obtener un objetivo común(308), que sería el bienestar del paciente. Cada profesional tiene una personalidad concreta y unas habilidades, conocimientos y experiencias específicas, unas competencias que aportar al equipo, diferentes al resto de sus miembros (308). Se aporta una aptitud y posición determinadas, dentro de ese objetivo común de control del dolor.

La IASP promueve el trabajo en equipo para el tratamiento del dolor. Un equipo compuesto por todos los profesionales que participan en ese cuidado holístico

necesario(91). Diferentes estudios señalan una recuperación más rápida entre equipos multidisciplinares en la atención al dolor crónico(309) (310).

El cuidar y curar van de la mano, y por ello el trabajo en equipo multidisciplinar es un reto que tenemos las personas que trabajamos para aliviar el dolor. Cada disciplina (enfermeras, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) añadimos valor a la asistencia al participar con nuestra exclusiva percepción del problema y nuestros conocimientos.

CLASE CONTROL DE LA INFORMACIÓN:

7920. Documentación

Esta clase agrupa intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

Llama la atención esta IdE_NIC perteneciente a la clase *Control de la información*, que ha sido seleccionada por un grupo numeroso de la muestra de Enf_AP , cuando *7920.Documentación*, que se refiere al registro de datos pertinentes del paciente en una historia clínica, las mayoría de las enfermeras de nuestro estudio dicen registrar “ni mucho, ni poco”. Contradiciéndose ambas respuestas, una cosa es lo que quiero o debo, y otra lo que hago o puedo.

Esta IdE_NIC cobra importancia por su necesidad de desarrollo en un entorno colaborativo y de trabajo en equipo. Como hemos comentado en otro punto de este apartado de discusión, falta implicación en la importancia del registro de datos, para una atención de calidad (175) y con seguridad (239) (236)

La historia clínica es un documento en donde quedan registrados todos los actos realizados con el paciente, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia(311). En ella figura la relación con el enfermo, por lo que requiere de una protección extraordinaria por la naturaleza especialmente sensible de la información contenida. Este documento es el conjunto datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (312). Se trata de un conjunto de documentos que va a ser la base de la atención sanitaria y el reflejo de la relación entre uno o varios profesionales de la

salud y el paciente (313), en esa coordinación multiprofesional necesaria en el cuidado de la persona con dolor.

La Agencia Española de Protección de Datos señala que este documento puede ser utilizado como prueba en procesos judiciales y en muchas ocasiones determina las decisiones que se toman, estimando su valor probatorio para demostrar la verdad en el proceso; no sólo lo que concierne a la relación o actos sobre el paciente, sino al cumplimiento de preceptos como la solicitud del consentimiento informado, deber de asistencia, etc.(314). Una de las causas por las que se le presupone veracidad es que se redacta en el momento de la atención y no a posteriori cuando surge la demanda (313).

Por todo ello debe quedar constancia por el deber ético de beneficencia hacia el paciente, pues la falta de información dificultaría o impediría dispensar con garantías los cuidados adecuados al paciente en un momento concreto, como indica Antomás J et al. (313). Es responsabilidad del profesional el participar en su realización.

CAMPO DE SEGURIDAD

CLASE CONTROL DE RIESGOS:

6680. Monitorización de los signos vitales

Este campo y clase también han sido representados en los datos de APmadrid, aunque a través de otras IdE_NIC. En este caso la intervención reconocida como muy utilizada en el cuidado de la persona con DCNO, ha sido la IdE_NIC *6680. Monitorización de los signos vitales*.

Esta intervención es definida por la NIC como la recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Entre sus actividades recoge la monitorización de tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, cianosis, pulsimetría, etc., etc. Datos que pueden alertar de

un aumento de dolor o malestar, como datos objetivos que son respuestas fisiológicas, o cambios en las funciones vegetativas que modifican las constantes (315).

En algunos hospitales de la CM existe el programa un «Hospital sin Dolor» a través de una comisión clínica encaminada a la formación y concienciación de todos los profesionales en la importancia del dolor, y su correcto tratamiento, en todo tipo de pacientes. Entre las actividades que se desarrollan, se destaca la distribución de escalas para la medición del dolor, la institucionalización del registro del dolor como quinta constante, el desarrollo de numerosas actividades formativas, así como la elaboración y publicación de documentos informativos (316).

Esta 5ª constante que es medir la intensidad del dolor, es registrada por la enfermera en el seguimiento del paciente ingresado.

La Enf_AP al realizar la valoración del paciente, a través de los patrones funcionales de salud, puede recoger los datos sobre el problema doloroso en el 6º patrón Cognitivo/Perceptual(138), aunque vistos los resultados, no parece existir la actitud pro-activa de preguntar por el dolor, y/o identificarlo con intención de DdE, para trabajar posteriormente sobre él, como hemos comprobado en el estudio por el bajo registro realizado de DdE_DC.

6.3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA DE AP QUE INFLUYEN EN LA SELECCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN

En nuestro estudio se han detectado influencias del sexo, la edad, la antigüedad laboral y el ser especialista en EFyC, en la selección de algunas IdE_NIC, como hemos venido comentando en diferentes apartados de este documento.

En general, la significación más importante ha sido en el grupo de edad, 45-54, que a su vez ha sido el más numeroso entre las enfermeras que respondieron nuestro cuestionario. Una edad, que por sí, suele acompañarse de una antigüedad y experiencia notable en el cuidado enfermero.

Este grupo ha seleccionado intervenciones que tienen en cuenta el afrontamiento, la terapia conductual, la comodidad física junto a la actividad y ejercicio, y el control de los riesgos; factores todos ellos primordiales en el cuidado de la persona con dolor, según estrategias como el Documento Marco y la de Seguridad del paciente del SNS (79) (237) .

A pesar de ello, debemos de ser cautos con esta inferencia por los inconvenientes y limitaciones relacionados con la muestra no controlada en el cuestionario on-line.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

-Las enfermeras de Atención Primaria han identificado en 3158 ocasiones la etiqueta diagnóstica de *00133.Dolor crónico*, lo que significa un bajo registro en la historia informatizada del paciente de APmadrid.

-Cuando se identifica el dolor crónico, se interviene una única vez a pesar de que el 42% de los pacientes diagnosticados de *00133. Dolor crónico* siguen activos en el plan de cuidados y en consulta.

-Las intervenciones de enfermería más comunes registradas en la historia del paciente, se centran en el control del dolor desde la perspectiva física y la medicación prescrita, seguido en segundo lugar por intervenciones dirigidas al cuidado emocional, y a la educación de pacientes.

-La comorbilidad enfermera que más se relaciona con el diagnóstico de enfermería *00133 Dolor crónico* se refiere a problemas de heridas, movilidad y sobrepeso.

-La comorbilidad CIAP que más se relaciona con el diagnóstico de enfermería *00133 Dolor crónico* son patologías relacionada con el aparato locomotor, y dentro de éste con los problemas de espalda.

-Las intervenciones consideradas complementarias o integrativas son poco utilizadas por las enfermeras de Atención Primaria, y cuando se utilizan, son entre las enfermeras de más edad y antigüedad laboral.

-La selección para la práctica de IdE_NIC pertenecen al campo *Conductual*, en sus clases de *Educación de los pacientes*, la *Potenciación de la comunicación*, y la *Ayuda al afrontamiento*.

-El registro que se hace de las IdE_NIC en la historia del paciente es moderado, no registrándose siempre que se interviene.

-Parecen existir diferencias en la selección de IdE_NIC para la práctica, relacionadas con el sexo, la edad, la antigüedad laboral y la especialidad de la enfermera de AP.

-Desde los datos hallados se abren nuevas hipótesis de estudio sobre la intervención de la enfermera en el cuidado del dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFIA

1. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2012 [citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
2. World Health Organization, editor. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization; 2002. 112 p.
3. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013[citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain Lond Engl*. mayo de 2006;10(4):287-333.
5. Fresher EU project. Foresight and modelling for European health policy and regulation [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.foresight-fresher.eu/en/Home/Home/>
6. Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gac Sanit*. septiembre de 2015;29(5):323-5.
7. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit*. noviembre de 2016;30:106-10.
8. Haro JM, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Sanchez-Riera L, et al. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 29 de diciembre de 2016];12(1). Disponible en: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0236-9>
9. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. febrero de 2012;44(2):107-13.
10. Cavanagh SJ. Modelo de Orem: aplicación práctica. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
11. Collière MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev Rol Enferm*. 1999;22(1):27-31.
12. Garcia-Viniegras CRV, Gonzalez Benitez I. La categoria bienestar psicologico. Su relación con otras categorias sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(6):586-92.
13. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet Lond Engl*. 8 de junio de 1991;337(8754):1387-93.
14. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet Lond Engl*. 19 de marzo de 2005;365(9464):1099-104.
15. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007[citado 11 de diciembre de 2016]; Disponible en:

- http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf#page=1&zoom=auto,-253,869
16. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, Schull MJ. A population-based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. agosto de 2011;18(8):836-43.
 17. Marmot M. The status syndrome: how your social standing affects our health and longevity. 1. Holt paperbacks ed. New York, NY: Holt; 2005. 319 p.
 18. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. septiembre de 2004[citado 12 agosto de 2016];30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es.
 19. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*. marzo de 2007;21(2-3):177-85.
 20. Chouinard M-C, Hudon C, Dubois M-F, Roberge P, Loignon C, Tchouaket E, et al. Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:49.
 21. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract*. abril de 2005;6(2):148-56.
 22. Kreindler SA. Lifting the burden of chronic disease: what has worked? what hasn't? what's next? *Healthc Q Tor Ont*. 2009;12(2):30-40.
 23. Busse R, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, editores. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 [citado 29 de diciembre de 2016]. 111 p. (Observatory studies series). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
 24. PAHO-OMS. Determinantes de Salud [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es
 25. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: A working document = Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Ottawa: Government of Canada; 1974. 76 p.
 26. Villar Aguirre, M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per*. 2011;28(4):237-41.
 27. OMS. Promoción de la salud [Internet]. 2001 mar. Report No.: A54/8. [citado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa548.pdf
 28. Raggi A, Corso B, Minicuci N, Quintas R, Sattin D, De Torres L, et al. Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159293.
 29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014 [Internet]. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. MSSSI; 2014 [citado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015 [Internet]. 2016. [citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anual_SNS_2015.1.pdf
31. INE. MSSSI. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [Internet]. Madrid; 2013 mar. [citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
32. Hernández Pérez Á, Nadal Blanco M J, Alcázar A H, Díaz Herrero A, Magro Perteguer R. Calidad de vida autopercebida y satisfacción de los sujetos de 40 a 85 años en el Área de Salud de Guadalajara. *Rev Med Fam En Linea*. junio de 2005;1:26-31.
33. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*. octubre de 2005;36(7):358-64.
34. Ministerio de Sanidad, Servicios. Actividad asistencial. SIAP. Sistema Nacional de Salud 2009-2015 [Internet]. Madrid; 2016. [citado 11 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Act_ord_AP_2015.pdf
35. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano, y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los Servicios de la Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid 2015. Informe global de resultados [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2016 may. [citado 8 enero de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEncuesta+de+Satisfacci%C3%B3n+2015.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352910036845&ssbinary=true>
36. Naylor MD, Hirschman KB, O'Connor M, Barg R, Pauly MV. Engaging older adults in their transitional care: what more needs to be done? *J Comp Eff Res*. septiembre de 2013;2(5):457-68.
37. Carretero S. Mapping of Effective Technology-based . Services for Independent Living for Older. People at Home [Internet]. 2015 [citado 28 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC91622/Ifna27072enn.pdf>
38. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enferm Clínica*. enero de 2014;24(1):90-8.
39. Villalba, Rosa D. Calidad en la Atención Primaria de la Salud. *Enfermería Glob*. 2007;6(10):1-15.
40. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De La Villa-Santoveña M, Vegas-Pardavilla E, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT. Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enferm Clínica*. marzo de 2012;22(2):65-75.
41. Hernandez Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cuba Enferm*. agosto de 2004;20(2):1-1.
42. OMS. Atención Primaria de Salud [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

43. OMS. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata (URSS) [Internet]. 1978 sep. [citado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf?ua=1
44. Julio V, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011;1:11-4.
45. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. 1986. [citado 11 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
46. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 2007. [citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
47. Chan Margeret. Regreso a Alma-Ata [Internet]. 2008. [citado 11 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
48. López-Fernández LA, Martínez, Martinez Millan JI, Fernandez Ajuria A, March Cerda JC, Suess A, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit. 2012;26(4):298-300.
49. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enferm Clínica. enero de 2014;24(1):51-8.
50. Ferrer C, Cegri F. Informe de FAECAP sobre la Atención Domiciliaria en España: El liderazgo de la Enfermería Comunitaria [Internet]. Madrid: FAECAP; 2015 nov [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atencion-domiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>
51. Servicio Madrileño de Salud. Marco referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud. [Internet]. Servicio Madrileño de Salud; 2014 [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352852131398&ssbinary=true>
52. Instituto de Estadística. Población oficial por Comunidades Autónomas, provincias, capitales y municipios de la Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupopc.htm>
53. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos . Metodología [Internet]. 2016 [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf
54. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 1 noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>
55. Galvis CR, Pinzon ML, Romero E. Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores en Villavicencio, Meta. AVANCES EN ENFERMERÍA. junio de 2004;22(1):4-26.

56. INE. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2014 [Internet]. 2016 mar. [citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Datos 2012 [Internet]. Madrid; 2016. [citado 11 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Sintesis_result_BDCAP.pdf
58. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de datos clínicos de Atención Primaria Sistema Nacional de Salud (BDCAP). Morbilidad registrada en Atención Primaria [Internet]. 2015 feb. [citado 13 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Morbilidad_At_Pr.pdf
59. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y cifras de España [Internet]. 2016. [citado 13 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
60. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2004[citado 20 de septiembre de 2017];11. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2004_05_02.pdf
61. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. Eur J Pain Lond Engl. 2002;6(2):133-40.
62. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Rev Soc Esp Dolor. 2014;21(1):16-22.
63. Soares Weiser K. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain. Madrid: Fundación Grünenthal; 2011.
64. Noceda J. J., Moret C., Lauzirika I. Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano. Rev Soc Esp del Dolor [Internet]. julio de 2006[citado 6 de enero de 2017];13(5). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n5/original1.pdf>
65. Satghare P, Chong SA, Vaingankar J, Picco L, Abdin E, Chua BY, et al. Prevalence and Correlates of Pain in People Aged 60 Years and above in Singapore: Results from the WiSE Study. Pain Res Manag. 2016;2016:7852397.
66. Loza E. AINEs en la práctica clínica: lo que hay que saber. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011;35(3):88-95.
67. Lalonde L, Choinière M, Martin E, Lévesque L, Hudon E, Bélanger D, et al. Priority interventions to improve the management of chronic non-cancer pain in primary care: a participatory research of the ACCORD program. J Pain Res. 2015;8:203-15.
68. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castellón JRG-E. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. J Med Econ. 2011;14(3):367-80.
69. González-Rendón C., Moreno-Monsiváis M. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor. 2007;6:422-7.
70. IASP. International Association for the Study of Pain and delegates of International Pain Summit 2010: Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. 2010 [Internet]. 2010. [citado 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582>

71. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health [Internet]. diciembre de 2013 [citado 11 de noviembre de 2016];13(1). Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1229>
72. Painaustralia. National Pain Strategy. Pain Management for all Australians [Internet]. 2010. [citado 12 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.health.nsw.gov.au/PainManagement/Documents/appendix-1-national-pain-strateg.pdf>
73. Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. Spine. 15 de mayo de 2012;37(11):E668-677.
74. Janzen K, Peters-Watral B. Treating co-occurring chronic low back pain & generalized anxiety disorder. Nurse Pract. 16 de enero de 2016;41(1):12-18; quiz 18-19.
75. Alvarez J, Ayuso A, Caba F et al. Plan Andaluz de Atención a las personas con dolor (2010-2013) [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.; 2010 [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/plan_atencion_dolor-1_0.pdf
76. González-Rendón C, Moreno-Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp del Dolor. septiembre de 2007;14(6):422-7.
77. Casado Morales MI, Moix Queraltó J, Vidal Fernández J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. 2008;19(3):379-92.
78. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA, American Society of Interventional Pain Physicians. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. Pain Physician. agosto de 2009;12(4):E35-70.
79. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS [Internet]. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; 2014. [citado 11 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/CISNS_DocumentoMarcoDolor.pdf
80. Gonzalez M, Tornero J, Carbonell J, Gabriel R, Sanchez-Magro I. Calidad de vida y depresión en el estudio EPIDOR. Rev Esp Reumatol. 2005;32(2):52-9.
81. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 11 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf
82. Montes A, Arbones E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. marzo de 2008;15(2):75-82.
83. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ª ed. [Internet]. 2014 [citado 11 de enero de 2017]. Disponible en: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf

84. Aliaga L. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Permanyer; 2009.
85. Procacci P, Maresca M. Descartes' physiology of pain. *Pain*. agosto de 1994;58(2):133.
86. Melzack R. Del umbral a la neuromatriz. *Rev Soc Esp del Dolor*. abril de 2000;7(3):149-56.
87. Muriel Villoria C. Dolor crónico. Vol. 1. Madrid: Arán; 2007.
88. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 19 de noviembre de 1965;150(3699):971-9.
89. Moayed M, Davis KD. Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol*. enero de 2013;109(1):5-12.
90. Sánchez Herrera B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. Aquichán [Internet]. diciembre de 2003 [citado 11 de febrero de 2017];3(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a06.pdf>
91. IASP. Mission and Vision [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Mission?navItemNumber=586>
92. Kopf A, Patel NB. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos [Internet]. IASP; 2010 [citado 9 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
93. Moya Riera, J, Vidal Marcos, A. El dolor crónico, una crisis permanente. *Actual anestesiología reanim*. marzo de 2011;21:1-2.
94. Khan MA, Raza F, Khan IA. Pain: history, culture and philosophy. *Acta Medico-Hist Adriat AMHA*. 2015;13(1):113-30.
95. Monleón Just M. Abordaje del dolor crónico en Atención Primaria. *EFC*. 2013;1(3):123-31.
96. Bhatnagar S, Gupta M. Integrated pain and palliative medicine model. *Ann Palliat Med*. julio de 2016;5(3):196-208.
97. Brennan F, Cousins M. El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:17-23.
98. Wall PD, Jones M. Defeating pain: the war against a silent epidemic. New York: Plenum Press; 1991. 285 p.
99. Cano JM, de Juan S. Valoración del dolor: quinta constante vital. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;6:428-30.
100. Puentes N, Farrouh S, Ibañez C. Las constantes vitales. *Procedimientos básicos en Enfermería*. España: Bubok Publishing S.L.; 2012.
101. López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp del Dolor*. febrero de 2007;14(1):9-19.
102. Lasagna L. The clinical measurement of pain. *Ann N Y Acad Sci*. 15 de diciembre de 2006;86(1):28-37.
103. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods: *Pain*. septiembre de 1975;1(3):277-99.

104. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire: Pain. agosto de 1987;30(2):191-7.
105. Jensen MP. El estetoscopio del dolor: Guía clínica para medir el dolor. Reino Unido: Springer Healthcare; 2011.
106. Cerdá-Olmedo G, De Andrés J. Dolor crónico. Guía de Actuación Clínica en AP [Internet]. [citado 9 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap014dolorcronico.pdf>
107. Reinoso-Barbero F, Lahoz Ramón AI, Durán Fuente MP, Campo García G, Castro Parga LE. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. An Pediatría. enero de 2011;74(1):10-4.
108. García-Galicia A, Arechiga-Santamaría A, López-Colombo A, Montiel-Jarquín Á J, Lara-Muñoz MC. Validez y consistencia de una nueva escala (facial del dolor) y de la versión en español de la escala de CHEOPS para evaluar el dolor postoperatorio en niños. Cir Cir. diciembre de 2012;80(6):510-5.
109. García-Soler Á, Sánchez-Iglesias I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. [Adaptation and validation of the Spanish version of the Pain Evaluation Scale in patients with advanced dementia: PAINAD-Sp]. Rev Espanola Geriatr Gerontol. febrero de 2014;49(1):10-4.
110. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. noviembre de 2006;30(8):379-85.
111. Molina JM, Figueroa J, Uribe AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. U niv P sychol. marzo de 2013;12(1):55-62.
112. González Viejo MÁ, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clínica. enero de 2000;114(13):491-2.
113. Vinaccia E, Cadena J, Juárez F, Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Int J Clin Health Psychol. 2004;4(1):91-103.
114. Bustos Domínguez R. Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. Acta Bioethica [Internet]. junio de 2000 [citado 24 de julio de 2016];6(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
115. Soriano , J F ; Monsalve , V ; Soucase , B. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 12. 2005;12(1):8-16.
116. Bonica JJ. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. 2 p.
117. Guerra de Hoyos JA. Dolor crónico no oncológico. Proceso Asistencial Integrado [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.; 2014. [citado 11 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/dolor_cronico/dolor_cronico_julio_2014.pdf
118. Araujo A.M., Gómez M., Pascual J., Castañeda M., Pezonaga L., Borque J.L. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. An Sis San Navar. 2004;27(3):63-75.
119. Marcén B, Sostres C, Lanás A. AINE y riesgo digestivo. Aten Primaria. 2016;48(2):73-6.

120. Ibáñez P, Pineda S, Martínez C, Tinoco J, Flor F. Prevalencia del dolor no oncológico en la consulta de rehabilitación. *Rehabilitación*. octubre de 2015;49(4):224-9.
121. VanDenKerkhof EG, Hopman WM, Reitsma ML, Goldstein DH, Wilson RA, Belliveau P, et al. Chronic pain, healthcare utilization, and quality of life following gastrointestinal surgery. *Can J Anaesth J Can Anesth*. julio de 2012;59(7):670-80.
122. Katz J, Weinrib A, Fashler SR, Katznelzon R, Shah BR, Ladak SS, et al. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *J Pain Res*. 2015;8:695-702.
123. Jefatura del Estado, BOE. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. BOE-A-2003-21340 nov 22, 280d. C. [citado 1 de febrero de 2017] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
124. Internacional Council of Nurses. La definición de la Enfermería [Internet]. 2015. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
125. Gonzalez Pisano M, Miron Ortega D, Cotiello Cueria Y, Iglesias Rivero RM. Guía de Metodología y Diagnósticos de Enfermería [Internet]. SEAPA; 2002. [citado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/Gu%C3%ADa%20de%20Metodolog%C3%ADa%20y%20Diagn%C3%B3sticos%20de%20Enfermer%C3%ADa.pdf>
126. Arribas Cacha, Antonio ; Gasco González, Sara ; Hernández Pascual, Montserrat ; Muñoz Borreda, Ester. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009 [Internet]. Servicio Madrileño de Salud; 2009. [citado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142528634544&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idPagina=1343068184467&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=1343068184432
127. Solano Villarrubia C, Gonzalez Castellanos LE, Gonzalez Villanueva P, Infantes Rodriguez JA. Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica [Internet]. SEMAP; 2015 [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.semap.org/docs/CUADERNO_2_SEMAP.pdf
128. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investig Educ En Enferm*. 1999;17(2):109-18.
129. Riemondy S, Gonzalez L, Gosik K, Ricords A, Schirm V. Nurses' Perceptions and Attitudes Toward Use of Oral Patient-Controlled Analgesia. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. abril de 2016;17(2):132-9.
130. Trettene ADS, Fontes CMB, Razera APR, Gomide MR. Impact of promoting self-care in nursing workload. *Rev Esc Enferm U P*. agosto de 2016;50(4):635-41.
131. Del Monaco R. Self-care, adherence and uncertainty: Biomedical treatments and patients' experiences regarding chronic migraine pain. *Salud Colect*. abril de 2013;9(1):65-78.
132. Hernandez Cortina A,, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. agosto de 2004 [citado 21 de enero de 2017];20(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007
133. IASP. IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing [Internet]. [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2052>

134. Herdman TH, Kamitsuru S, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
135. Kress H-G, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Collett B, Coluzzi F, et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. *Curr Med Res Opin.* 2015;31(9):1743-54.
136. Lasser KE, Shanahan C, Parker V, Beers D, Xuan Z, Heymann O, et al. A Multicomponent Intervention to Improve Primary Care Provider Adherence to Chronic Opioid Therapy Guidelines and Reduce Opioid Misuse: A Cluster Randomized Controlled Trial Protocol. *J Subst Abuse Treat.* enero de 2016;60:101-9.
137. RAE. Diagnóstico. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española; Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=De9TnL8>
138. Gordon M, Nuñez Fernández O, North American Nursing Diagnosis Association. Manual de diagnósticos enfermeros. Madrid: Elsevier; 2003.
139. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 6ª. Barcelona: Elsevier; 2014.
140. Bulechek G, Butcher HK, McCloskey Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª. Barcelona; 2007.
141. MSSSI. SG de Información Sanitaria e Innovación – S, ubcomisión de Sistemas de Información del SNS, MSSSI. SG de Información Sanitaria e Innovación – S. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del SNS. Definición de variables principales [Internet]. 2013 [citado 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Glosario_de_terminos_2010.pdf
142. Hernandez Sampieri, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª. México: McGraw-Hill; 2014.
143. Base de datos en la enseñanza. Módulo 6: Introducción a SQL [Internet]. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/93/cd/m6/index.html>
144. Casal Codesido JR, Vazquez Lima MJ. Abordaje del dolor musculoesquelético en urgencias. *Emergencias.* 2012;24(1):59-65.
145. Caba Barrientos F, Benito Alcalá MC, Montes Pérez A, Aguilar Sánchez JL, de la Torre Liébana R, Margarit Ferri C. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Rev Soc Esp Dolor.* 2014;21(1):3-15.
146. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truysers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin.* febrero de 2011;27(2):449-62.
147. Johnson M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Amsterdam: Elsevier; 2012.
148. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill; 2006.
149. Castañeda MB, Cabrera AF, Navarro Y, de Vries W. Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS . Un libro práctico para investigadores y administradores educativos [Internet]. Porto Alegre, Brasil: EDIPUCRS; [citado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pucrs.br/edipucrs/spss.pdf>

150. Milton JS. Estadística para biología y ciencias de la salud [Internet]. 2007 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://alltitles.ebrary.com/Doc?id=10522697>
151. Bakieva M, González Such J, Jornet J. SPSS: ANOVA de un factor [Internet]. innovaMIDE. Universidad de Valencia; Disponible en: http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0702b.pdf
152. BOE núm 298. LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. ene, 2000 p. 43088. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
153. González-Escalada JR, Barutell C, Camba A, Contreras D, Muriel C, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(1):7-20.
154. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud: Informe de Atención Primaria 2013-2015 [Internet]. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2016 oct [citado 11 de febrero de 2017]. Report No.: 4. Disponible en: http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/Descargas/Informe_de_AP_actual.pdf
155. Booker S, Bartoszczyk DA. Managing Pain in Frail Elders. *Am Nurs Today* [Internet]. 2016;11(4). Disponible en: Booker, S. "Star," Bartoszczyk, D. A., & Herr, K. A. (2016). Managing pain in frail elders. *American Nurse Today*, 11(4), <https://www.americannursetoday.com/managing-pain-frail-elders/>.
156. Morales-Fernandez A, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, Moreno-Martin G, Vergara-Romero M, Group for pain management Hospital Costa del Sol Members. Impact on quality of life of a nursing intervention programme for patients with chronic non-cancer pain: an open, randomized controlled parallel study protocol. *J Adv Nurs*. mayo de 2016;72(5):1182-90.
157. Rodríguez MJ. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. *Estudio STEP*. 2006;8:525-32.
158. Collado Cruz A, Torres i Mata X, Arias i Gassol A, Cerdá Gabaroi D, Vilarrasa R, Valdés Miyar M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clínica*. enero de 2001;117(11):401-5.
159. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Rheumatoid Arthritis: National Clinical Guideline for Management and Treatment in Adults [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2009 [citado 4 de agosto de 2016]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51812/>
160. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, Laffon A. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Rev Esp Reumatol*. 2001;28:18-25.
161. Stukstette M, Hoogeboom T, de Ruiter R, Koelmans P, Veerman E, den Broeder A, et al. A multidisciplinary and multidimensional intervention for patients with hand osteoarthritis. *Clin Rehabil*. febrero de 2012;26(2):99-110.
162. Moradi B, Hagmann S, Zahlten-Hinguranage A, Caldeira F, Putz C, Rosshirt N, et al. Efficacy of Multidisciplinary Treatment for Patients With Chronic Low Back Pain: A Prospective Clinical Study in 395 Patients. *J Clin Rheumatol*. marzo de 2012;18(2):76-82.
163. Pueyrredón JH, Salvat F. Dolor crónico: Evaluación interdisciplinaria. *Arch neurol neuroc neuropsiquiatr*. 2007;13(1):25-32.

164. Zavala-Rodríguez MR, González-Salinas JF. Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería. Aquichán. diciembre de 2008;8(2):212-26.
165. Miguel Martín MN, Losa Iglesias M, Silva do Rosario T, Salvadores Fuentes P, Gómez-Arnáu y Díaz-Cañabate JI, Casas Martínez F, et al. Grado de conocimientos y actitudes de la enfermería de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) ante el dolor: diplomados en enfermería y profesionales. Rev Soc Esp Dolor. diciembre de 2012;19(6):293-300.
166. Nuseir K, Kassab M, Almomani B. Healthcare Providers' Knowledge and Current Practice of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made? Pain Res Manag. 2016;2016:1-7.
167. McMillan SC, Tittle M, Hagan S, Laughlin J, Tabler RE. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. Oncol Nurs Forum. octubre de 2000;27(9):1415-23.
168. Alqahtani M, Jones LK. Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. Eur J Oncol Nurs. febrero de 2015;19(1):44-9.
169. Chiu LH, Trinca J, Lim LM, Tuazon JA. A study to evaluate the pain knowledge of two sub-populations of final year nursing students: Australia and Philippines. J Adv Nurs. enero de 2003;41(1):99-108.
170. Carr ECJ, Watt-Watson J, McGillion M, Huizinga A. The quest of pain education leaders in Canada and the United States: a qualitative study. J Adv Nurs. 20 de junio de 2016;
171. Montealegre Gomez D. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid. 2014;5(1):679-88.
172. Bergeron DA, Bourgault P, Gallagher F. [Nursing activities in family medicine groups for patients with chronic pain]. Pain Res Manag. abril de 2015;20(2):101-6.
173. Intranet SERMAS [Internet]. [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/_layouts/OSSSearchResults.aspx?k=curso%20dolor%20cr%C3%B3nico&s=Todos%20los%20sitios
174. Miró J. Dolor crónico: ¿un problema de salud publica también entre los más jóvenes? Rev Soc Esp Dolor. 2010;17(7):301-3.
175. Reyes-García Bermúdez Em, Rodríguez Fajardo AM, Thomas Carazo E, Raya Berral L, Gastón Morata JL, Molina Díaz R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Med fam Andal [Internet]. agosto de 2012 [citado 12 de febrero de 2017];13(2). Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v13n2/v13n2_07_original.pdf
176. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. Enferm Clínica. enero de 2014;24(1):12-7.
177. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clínica. enero de 2014;24(1):5-11.
178. Ortega-López RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad : percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades. 2006;(19):63-72.
179. Merskey H, Bogduk N. IASP Task Force on Taxonomy [Internet]. 1994. [citado 11 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

180. Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999.
181. McCaffery M, University of California LAC for the HS. Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interactions. UCLA Students' Store; 1968.
182. Abdulla A, Bone M, Adams N, Elliott AM, Jones D, Knaggs R, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age Ageing*. marzo de 2013;42(2):151-3.
183. Rapo-Pylkkö S, Haanpää M, Liira H. Chronic pain among community-dwelling elderly: a population-based clinical study. *Scand J Prim Health Care*. junio de 2016;34(2):159-64.
184. Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*. enero de 2007;11(1):83-83.
185. Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A., E., Anarte, M. T. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Rev Soc Esp del Dolor*. 2001;8:562-8.
186. Ellermeier W, Westphal W. Gender differences in pain ratings and pupil reactions to painful pressure stimuli. *Pain*. junio de 1995;61(3):435-9.
187. Frot M, Feine JS, Bushnell CM. Sex differences in pain perception and anxiety. A psychophysical study with topical capsaicin: *Pain*. abril de 2004;108(3):230-6.
188. Barbour KE, Boring M, Helmick CG, Murphy LB, Qin J. Prevalence of Severe Joint Pain Among Adults with Doctor-Diagnosed Arthritis — United States, 2002–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 7 de octubre de 2016;65(39):1052-6.
189. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(6):683-99.
190. Tomás Aznar C, Moreno Aznar LA, Germán Bes C, Alcalá Nalváiz T, Andrés Esteban E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(3):215-26.
191. Pérez Rivas FJ, Ochandorena Juanena M, Santamaría García JM, García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M, et al. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. *Rev Calid Asist*. septiembre de 2006;21(5):247-54.
192. Pérez Rivas, F.Javier. Evaluación de la utilización de la metodología de enfermería en atención primaria y su repercusión en los indicadores de resultados en salud de la población [Internet]. UCM; 2014 [citado 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/28981/1/T35878.pdf>
193. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. RESOLUCIÓN de 27 de febrero de 2015, de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. BOCM. Núm. 52 mar 3, 2015. [citado 11 de enero de 2017] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DResoluci%C3%B3n+27-2-2015+DGRHH+SERMAS+aprobaci%C3%B3n+y+publicaci%C3%B3n+provisional+concurso+traslados+Diplomado+Sanitario_Enfermera+BOCM+3-3-2015.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352867507213&ssbinary=true

194. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. RESOLUCIÓN de 6 de julio de 2010, de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, por la que se convoca concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Diplomado Sanitario/Enfermera del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. [Internet]. BOCM-20100714-5 jul 14, 2010 [citado 11 de noviembre de 2016] p. 21-48. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/69a30014-add5-4429-a03a-1d4c1e2fd2c5/6CD8C35A-1248-434E-8479-D7FAB612808D/b3cbe887-f90b-4964-b3e3-3dc34aaf18e0/bocm_167_14072010.pdf
195. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. RESOLUCIÓN de 6 de abril de 2015, de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, por la que se resuelve el concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de diplomado sanitario/enfermera del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. [Internet]. BOCM.Núm.86 abr 13, 2015 [citado 11 de noviembre de 2016] p. 231-366. Disponible en: http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/04/13/BOCM-20150413-9.PDF
196. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. RESOLUCIÓN de 11 de febrero de 2011, de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba y publica la relación provisional de adjudicación de plazas del concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Diplomado Sanitario/Enfermera del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. [Internet]. BOCM-20110218-9 feb 18, 2011 [citado 11 de noviembre de 2016] p. 50-122. Disponible en: https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2011/02/18/BOCM-20110218-9.PDF
197. Tena G. El contrato psicológico: relación laboral empresa-trabajador. *Acciones E Investig Soc.* 2002;15:85-107.
198. González-Consuegra RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. *Gerokomos.* septiembre de 2010;21(3):131-9.
199. Lorenzo Hernández MP, Hernández Cano RM, Soria Suárez MI. Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. *Enferm Glob* [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 18 de febrero de 2017];13(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/172891>
200. Restrepo-Medrano JC, Verdú Soriano J. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. *Gerokomos.* 2011;22(4):176-83.
201. Linares Herrera JP, Monteso Curto P, Verdú Soriano J, Pla Canalda E. El dolor en las heridas crónicas de las extremidades inferiores. *AgInf.* 2014;18(4):175-7.
202. Lago Gonzalez ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. *Gerokomos.* 2007;18(3):135-9.
203. Woo KY, Sibbald RG. Chronic Wound Pain: A Conceptual Model. *Adv Skin Wound Care.* abril de 2008;21(4):175-88.
204. Nemeth KA, Harrison MB, Graham ID, Burke S. Understanding venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. *Ostomy Wound Manage.* enero de 2004;50(1):34-46.
205. Mukherjee R, Tewary S, Routray A. Diagnostic and Prognostic Utility of Non-Invasive Multimodal Imaging in Chronic Wound Monitoring: a Systematic Review. *J Med Syst* [Internet]. marzo de 2017 [citado 19 de marzo de 2017];41(3). Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10916-016-0679-y>
206. Fernandez-Lopez JC, Laffon A, Blanco FJ, Carmona L, EPISER Study Group. Prevalence, risk factors, and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* abril de 2008;26(2):324-32.

207. Okifuji A, Hare B. The association between chronic pain and obesity. *J Pain Res.* julio de 2015;399.
208. Lozano Lizarraga LM. Obesidad, gonartrosis y artroplastia total de rodilla. *Arthros.* 2007;4(2):5-17.
209. Mena Perez R. Caracterización de pacientes con gonartrosis de rodilla. Centro de Diagnóstico Integral «Concepción». *Revista Habanera de Ciencias Médica.* 2016;15(1):17-26.
210. Kluzek S, Sanchez-Santos MT, Leyland KM, Judge A, Spector TD, Hart D, et al. Painful knee but not hand osteoarthritis is an independent predictor of mortality over 23 years follow-up of a population-based cohort of middle-aged women. *Ann Rheum Dis.* octubre de 2016;75(10):1749-56.
211. Rodríguez-Rodríguez E, López-Plaza B, López-Sobaler AM, Ortega RM. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutr Hosp.* 1 de marzo de 2011;(2):355–363.
212. Ødegård SS, Sand T, Engstrøm M, Zwart J-A, Hagen K. The impact of headache and chronic musculoskeletal complaints on the risk of insomnia: longitudinal data from the Nord-Trøndelag health study. *J Headache Pain.* 2013;14(1):24.
213. Velázquez L, Zenner A, Sánchez M, Muñoz M, Velázquez I. Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Rev Soc Esp Dolor.* 2012;19(2):49-58.
214. NANDA International, Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Amsterdam; Madrid, etc.: Elsevier; 2010.
215. Casals M, Samper D. Efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, con tramadol de liberación controlada en dosis única diaria. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:129-40.
216. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *An Sist Sanit Navar.* 2004;27(3):63-75.
217. Plata-Muñoz ME, Castillo-Olivares M, Guevara-López UM. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Rev Mex Anestesiol.* marzo de 2004;27(1):16-23.
218. Chirveches-Pérez E, Arnau-Bartés A, Soley-Bach M, Rosell-Cinca F, Clotet-Argemi G, Roura-Poch P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clínica.* enero de 2006;16(1):3-10.
219. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA. Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and noncancer pain, part 2: impact on function, mood, and quality of life. *J Opioid Manag.* abril de 2010;6(2):109-16.
220. Orueta JF, Urraca J, Berraondo I, Darpón J. ¿Es factible que los médicos de primaria utilicen CIE-9-MC? Calidad de la codificación de diagnósticos en las historias clínicas informatizadas. *Gac Sanit.* junio de 2006;20(3):194-201.
221. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, et al. Gender differences in pain and its relief. *Ann Dell'Istituto Super Sanità.* junio de 2016;52(2):184-9.
222. Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord [Internet].* diciembre de 2010 [citado 19 de febrero de 2017];11(1).

Disponible en: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-11-144>

223. Miralles I. Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la Escuela de Columna. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8(2):14-21.
224. Quiceno Hurtado L, Celedón A. Implementación de un programa de control y prevención de síndrome de dolor lumbar asociado al manejo manual de cargas en la planta de pintura a base de agua en la Empresa Sherwin Williams-Santiago. *CiencTrab*. marzo de 2006;8(19):11-5.
225. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Rodríguez-Reyna TS. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. *Cir Cir*. 2011;79:286-302.
226. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. noviembre de 2006;30(8):379-85.
227. Mendoza-Sánchez RS, Roque-Sánchez RH, Moncada-González B. Nivel de ruido en una institución hospitalaria de asistencia y docencia. *Gac Médica México*. abril de 1996;132(2):127-33.
228. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. Guidelines for community noise [Internet]. WHO; 1999. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66217>
229. Marqués Sánchez MP, Calvo Sánchez MD, Mompart García MP, Núñez Gelado Y, Calle Pardo AP. ¿Cómo perciben el ruido los pacientes en los hospitales españoles? *Metas Enf*. 2006;9(10):25-31.
230. Comunidad de Sanidad-DG de Coordinación de la Atención al Ciudadano y HUMANIZACIÓN de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. 2016 [citado 18 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
231. Verzini AM, Frassoni CA, Ortiz AH. La contaminación ambiental por ruidos de muy bajas frecuencias: Un estudio de campo. *Medio Ambient Comport Hum*. 2001;2(2):21-37.
232. Jamison RN, Edwards RR. Integrating pain management in clinical practice. *J Clin Psychol Med Settings*. marzo de 2012;19(1):49-64.
233. INE. Proyección de la Población de España 2014-2064 [Internet]. 2014 oct [citado 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
234. Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, Padilla López CA, García Espinosa Y, García Aguilar R. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua. *Nutr Hosp*. 2012;27(6):2066-71.
235. Kheshti R, Namazi S, Mehrabi M, Firouzabadi D. Health Care Workers' Knowledge, Attitude, and Practice About Chronic Pain Management, Shiraz, Iran. *Anesthesiol Pain Med* [Internet]. 16 de julio de 2016 [citado 22 de noviembre de 2016];6(4). Disponible en: http://www.anesthpain.com/?page=article&article_id=37270
236. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Seguridad del Paciente. 2015-2020 [Internet]. 2015 [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DEstrategia+de+Seguridad+del+Paciente+2015-2020+SERMAS_REV.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352889886355&ssbinary=true
237. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020 [Internet]. 2016 [citado 5 de febrero de 2017].

Disponible en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

238. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. 2008 [citado 26 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
239. Leon Roman C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*. 2006;22(3):1-7.
240. Franco da Silva E, de Faveri F, Lorenzini E. Errores de medicación en el ejercicio de la enfermería: una revisión integrativa. *Enfermeria Global*. 2014;13(2):330-7.
241. Salanterä S, Lauri S. Nursing students' knowledge of and views about children in pain. *Nurse Educ Today*. octubre de 2000;20(7):537-47.
242. Rodríguez Franco L, Cano García FJ, Blanco Picabia A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr*. 32(2):82-91.
243. Martín Mola E, Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. *SEMERGEN - Med Fam*. diciembre de 2005;31(11):508-15.
244. Gamero Ruiz F, Gabriel Sánchez R, Carbonell Abello J, Tornero Molina J, Sánchez-Magro I. El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clínica Esp*. abril de 2005;205(4):157-63.
245. Ballina J, Carmona L, Laffon A. Impacto del consumo de AINE en la población general española. Resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29(7):337-42.
246. Lanas A, Martín-Mola E, Ponce J, Navarro F, Piqué JM, Blanco FJ. Estrategia clínica para la prevención de los efectos adversos sobre el tracto digestivo de los antiinflamatorios no esteroideos. *Rev Esp Reumatol*. 2003;30(7):393-410.
247. Lall MP. Opioid therapy for chronic low back pain: prescribing considerations for advanced practice registered nurses. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses*. diciembre de 2014;46(6):361-366; quiz E1-2.
248. Longo DL, Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain — Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*. 31 de marzo de 2016;374(13):1253-63.
249. Gálvez R, Rejas J, Pérez M, Gómez M. Prevalencia del dolor neuropático en España: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales. *Med Clínica*. julio de 2005;125(6):221-9.
250. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, von Korff M, Haro JM, et al. Prevalencia y comorbilidad física y mental del dolor dorsal y cervical crónicos en España: resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin*. septiembre de 2006;127(9):325-30.
251. Torre F, Martín-Corral J, Callejo A, Gómez-Vega C, La Torre S, Esteban I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;2:83-93.
252. Drury L, Ferreira D, Matthew JM, Uebelacker LA. Therapeutic One to One. En : Damons I et al. *Inpatient Psychiatric Nursing: Clinical strategies & Practical Interventions*. New York: Springer Publishing Company; 2012. 349-357 p.

253. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global* [Internet]. 2009 [citado 20 de febrero de 2017];8(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>
254. García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. diciembre de 2005;XXV(96):29-36.
255. Faigles B, Howie-Esquivel J, Miaskowski C, Stanik-Hutt J, Thompson C, White C, et al. Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. junio de 2013;14(2):85-93.
256. Jung MJ, Jeong Y. Motivation and Self-Management Behavior of the Individuals With Chronic Low Back Pain. *Orthop Nurs*. octubre de 2016;35(5).
257. Nuñez M, Nuñez E, Sastre S, Del-Val J-L, Segur J-M, Macule F. Prevalence of Knee Osteoarthritis and Analysis of Pain, Rigidity, and Functional Incapacity. *Orthopedics*. 1 de agosto de 2008;31(8):1-5.
258. Guo A, Meng Q. Acupuncture combined with spinal tui na for treatment of primary dysmenorrhea in 30 cases. *J Tradit Chin Med Chung Tsa Chih Ying Wen Pan Spons -China Assoc Tradit Chin Med Acad Tradit Chin Med*. marzo de 2008;28(1):7-9.
259. Trinh K, Graham N, Irnich D, Cameron ID, Forget M. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD004870.
260. Lian W-L, Pan M, Zhou D, Zhang Z. Effectiveness of acupuncture for palliative care in cancer patients: a systematic review. *Chin J Integr Med*. febrero de 2014;20(2):136-47.
261. Braden BB, Pipe TB, Smith R, Glaspy TK, Deatherage BR, Baxter LC. Brain and behavior changes associated with an abbreviated 4-week mindfulness-based stress reduction course in back pain patients. *Brain Behav*. marzo de 2016;6(3):e00443.
262. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res*. enero de 2010;68(1):29-36.
263. Oliveira NC a. C, Santos JLF, Linhares MBM. Audiovisual distraction for pain relief in paediatric inpatients: A crossover study. *Eur J Pain Lond Engl*. 26 de julio de 2016;21(1):178-87.
264. Griffin KH, Nate KC, Rivard RL, Christianson JB, Dusek JA. Referrals to integrative medicine in a tertiary hospital: findings from electronic health record data and qualitative interviews. *BMJ Open*. 25 de julio de 2016[citado 26 de enero de 2017];6(7):e012006.
265. Wang C, Schmid CH, Iversen MD, Harvey WF, Fielding RA, Driban JB, et al. Comparative Effectiveness of Tai Chi Versus Physical Therapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 19 de julio de 2016;165(2):77-86.
266. Marta IER, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, Silva MJP da. Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Rev Esc Enferm USP*. diciembre de 2010;44(4):1100-6.
267. Castillo-Bueno MD, Moreno-Pina JP, Martínez-Puente, MV, Artiles-Suárez MM, Company-Sancho MC, García-, Andrés MC, et al. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JB Lib Syst Rev*. 2010;8(28):1112-68.

268. Sutar R, Yadav S, Desai G. Yoga intervention and functional pain syndromes: a selective review. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* junio de 2016;28(3):316-22.
269. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatol Oxf Engl.* mayo de 2008;47(5):670-8.
270. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *An Sist Sanit Navar.* abril de 2015;38(1):117-30.
271. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enferm Clínica.* enero de 2014;24(1):35-43.
272. Palmer S, Tubbs I, Whybrow A. Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *Int J Health Promot Educ.* 41(3):91-3.
273. Olsen JM, Nesbitt BJ. Health Coaching to Improve Healthy Lifestyle Behaviors: An Integrative Review. *Am J Health Promot.* septiembre de 2010[citado 26 de enero de 2017];25(1):e1-12.
274. Kivelä K, Elo S, Kyngäs H, Kääriäinen M. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Educ Couns.* noviembre de 2014;97(2):147-57.
275. Damush TM, Kroenke K, Bair MJ, Wu J, Tu W, Krebs EE, et al. Pain self-management training increases self-efficacy, self-management behaviours and pain and depression outcomes. *Eur J Pain Lond Engl.* agosto de 2016;20(7):1070-8.
276. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Encuesta nacional de pacientes crónicos [Internet]. Boehringer Ingelheim; 2014 [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.shmedical.es/wp-content/uploads/2016/06/encuesta-nacional-pacientes-cronicos_2014.pdf
277. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2006;53(6):337-45.
278. Jaensson M, Dahlberg K, Eriksson M, Grönlund Å, Nilsson U. The Development of the Recovery Assessments by Phone Points (RAPP): A Mobile Phone App for Postoperative Recovery Monitoring and Assessment. *JMIR MHealth UHealth.* 2015[citado 26 de enero de 2017];3(3):e86.
279. Ramelet A-S, Fonjallaz B, Rapin J, Gueniat C, Hofer M. Impact of a Telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their families: a crossover randomized trial study protocol. *BMC Pediatr.* 18 de junio de 2014;14(1):151.
280. Benchmark. ¿Qué es una tasa de respuesta de una encuesta? [Internet]. Benchmark. 2017 [citado 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.benchmarkemail.com/es/help-FAQ/answer/que-es-una-tipica-tasa-de-respuesta-de-una-encuesta>
281. Díaz de Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por internet. *Pap Rev Sociol.* 1 de enero de 2012;97(1):193.
282. P. de Marchis G. La validez externa de las encuestas en la «web». Amenazas y su control. *Estud Sobre El Mensaje Periodís* [Internet]. 11 de diciembre de 2012 [citado 24 de enero de 2017];18(0). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/40980>
283. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. RESOLUCIÓN de 29 de diciembre de 2014, de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, por la que se convoca concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Diplomado

- Sanitario/Enfermera del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. [Internet]. BOCM-20150102-9 ene 2, 2015[citado 26 de febrero de 2017] p. 47-69. Disponible en:
http://w3.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/01/02/BOCM-20150102-9.PDF
284. Ministerio de Sanidad , Política Social e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025 [Internet]. 2012 abr [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en:
[https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)
 285. BOE núm 108. REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [Internet]. [citado 26 de enero de 2017]p. 15480-6. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
 286. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana. DECRETO 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut. [2013/6096 [Internet]. [citado 26 de enero de 2017] p. 17236-8. Disponible en:
http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=26&sig=005674/2013&L=1&url_lista=%2526amp%253Bamp%253BCHK_TEXTO_LIBRE%253D1%2526amp%253Bamp%253Btipo_search%253Dlegislacion%2526amp%253Bamp%253Bnum_tipo%253D6%2526amp%253Bamp%253BTD%253DDecreto%2526amp%253Bamp%253BSOLO_NUMERO_DISPOSICION%253D70%2526amp%253Bamp%253BBANYO_DISPOSICION%253D2013
 287. Direccion Gral. Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Bolsa de empleo de personal temporal Enfermero/a de Atención Primaria y Hospitalaria [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero de 2017]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354436971428&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1354611590829
 288. BOE núm 306. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. [Internet]. Sec. I dic 23, 2015[citado 26 de enero de 2017] p. 121483. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>
 289. Rubín, G. El tráfico de mujeres: notas sobre ‘la economía política’ del sexo”. En Lamas, M(Comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual . México: PUEG/UNAM/Porrúa; 1996.
 290. Chamizo Vega C. La perspectiva de género en Enfermería. Comentarios y reflexiones. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 20 de febrero de 2017];13(46). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008
 291. Ruiz Párraga GT, López Martínez AE. Resiliencia psicológica y dolor crónico. Escr Psicol Psychol Writ. 2012;5(2):1-11.
 292. Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud. Formacion en promocion y educacion para la salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 2004 [citado 20 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
 293. BOE núm 157. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. BOE-A-2010-10364. Sec. III jun 29, 2010 [citado 26 de enero de 2017]p. 57217-50. Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/OrdenSASprogEnfermFyC.pdf>
 294. Pérez de Alejo B, García Díez P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Enfermer. agosto de 2005;21(2):1-1.

295. Hadi MA, Alldred DP, Briggs M, Marczewski K, Closs SJ. Effectiveness of a community based nurse-pharmacist managed pain clinic: A mixed-methods study. *Int J Nurs Stud.* enero de 2016;53:219-27.
296. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm.* 2006;15(54):48-52.
297. Subiela Garcia JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanares Lázaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. abril de 2014;13(34):276-92.
298. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp del Dolor.* 2004;11(6):353-9.
299. Lazarus RS. *Stress and Emotion: a new synthesis.* New York: Springer Publishing Company; 2006.
300. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Estres y afrontamiento.* En: *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica.* 7ª. Vol. II. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005. 1106-1127 p.
301. Hoffmann TC, Maher CG, Briffa T, Sherrington C, Bennell K, Alison J, et al. Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. *Can Med Assoc J.* 19 de abril de 2016;188(7):510-8.
302. Aasa U, Lundell S, Aasa B, Westerståhl M. Physical Activity Might Be of Greater Importance for Good Spinal Control Than If You Have Had Pain or Not: A Longitudinal Study. *Spine.* diciembre de 2015;40(24):1926-33.
303. Stieglitz DD, Vinson DR, Hampton MDC. Equipment-based Pilates reduces work-related chronic low back pain and disability: A pilot study. *J Bodyw Mov Ther.* enero de 2016;20(1):74-82.
304. Sánchez-Pinilla RO. Sobre la prescripción del ejercicio físico. *Aten Primaria.* julio de 2008;40(7):323-6.
305. Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001;8:29-38.
306. Sañudo B, Galiano D, Carrasco L, De Hoyo M. Evidencias para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. *Rev Andal Med Deporte.* 2010;3(4):159-69.
307. Burke M, Boal J, Mitchell R. Communicating for Better Care: Improving nursephysician communication. *Am J Nurs.* diciembre de 2004;104(12):40-7.
308. Cardona P, Wilkinson H. ESE Occasional Paper: Trabajo en equipo [Internet]. IESE. Business School. Universidad de Navarra; 2006 [citado 5 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/op-07-10.pdf>
309. Collado A, Torres X, Arias A, Ruiz-Lopez R, Muñoz-Gomez J. Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. *Rev Soc Esp Dolor.* mayo de 2004;11(4):203-9.
310. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc Esp Dolor.* 1998;6:29-40.
311. Criado del Rio MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin.* 1999;112(1):24-8.

312. BOE núm 274. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. BOE-A-2002-22188 sep 22, 2015 [citado 26 de enero de 2017] p. 1-13. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
313. Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. Anales Sis San Navarra. abril de 2011;34(1):73-82.
314. Agencia Española de protección de datos. Gabinete Jurídico. Informe 0242/2010 [Internet]. [citado 2 de marzo de 2017]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/informes_juridicos/cesion_datos/common/pdfs/2010-0242_Acceso-a-Historias-Clinicas-por-Agencia-Tributaria.-Consentimiento-del-paciente.pdf
315. Gonzalez Baron M, Ordoñez Gallego A, Muñoz Sanchez JD. Dolor oncológico. Sentido del sufrimiento. En: Sanz Ortiz J. EL control del sufrimiento evitable. Terapia Analgésica. You&Us, SA; 2001. 7-18 p.
316. Muñoz-Ramon JM, Mañas Rueda A, Aparicio Grande P. La Comisión «Hospital sin Dolor» en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17(7):343-8.

ANEXOS

9. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO ON-LINE

Estudio sobre las Intervenciones Enfermeras en el cuidado de la persona adulta con Dolor Crónico No Oncológico, en Atención Primaria

Estimada/o compañera/o,

Pido tu participación voluntaria y sincera para responder a este cuestionario que intenta conocer cuáles son las INTERVENCIONES ENFERMERAS más utilizadas por las enfermeras de Atención Primaria ante el DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO, como parte del desarrollo de mi doctorado. Esta participación es anónima y va dirigida a enfermeras/os asistenciales de Atención Primaria que atiendan personas ≥ 18 años.

Se inicia con unas preguntas generales sobre tu perfil y después pasamos a nombrar cada Intervención Enfermera de la clasificación NIC sobre la que se solicita seleccionar tu nivel de utilización de la intervención de 0 (nunca la utilizo) a 4 (la utilizo siempre), donde solo se puede seleccionar una respuesta.

Verás que en cada Intervención NIC, la respuesta debe ser seleccionada entre las propuestas de la escala tipo Likert que se presenta seguidamente, donde los valores del 0 al 4 tienen los siguientes significados:

0 = nunca la utilizo

1 = la utilizo poco

2 = la utilizo ni mucho, ni poco

3 = la utilizo mucho

4 = la utilizo siempre

AGRADEZCO MUCHO TU PARTICIPACIÓN.

Si tienes alguna duda o precisas contactar conmigo, soy Manuela Monleón y puedes escribirme a manuela.monleon@salud.madrid.org

01. **Sexo**

Hombre

Mujer

02. **Edad**

Señala cuántos años cumpliste en tu último cumpleaños

18-24

25-34

35-44

45-54

54-64

>64

03. **Años de trabajo enfermero**

Señalar cuántos años llevas trabajando como enfermera/o en los tramos señalados

<5

5-10

11-20

21-30

>30

04. **Formación académica**

Diplomada /Graduada

Especialista

Máster

Doctora

Otros

05. **1320 Acupresión**

Aplicación de presión firme y sostenida en puntos determinados del cuerpo para disminuir el dolor, producir relajación y prevenir o reducir las náuseas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

06. **2210 Administración de analgésicos**

Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

07. **2300 Administración de medicación**

Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

08. **1380 Aplicación de calor o frío**

Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

09. **5270 Apoyo emocional**

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

10. **5250 Apoyo en la toma de decisiones**

Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

11. **5420 Apoyo espiritual**

Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

12. **1330 Aromaterapia**

Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalaciones, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y la comodidad

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

13. **4330 Arteterapia**

Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

14. **5240 Asesoramiento**

Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

15. **5246 Asesoramiento nutricional**

Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

16. **2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)**

Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

17. **5440 Aumentar los sistemas de apoyo**

Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad

0 = nunca la utilizo 1 = no suelo utilizarla 2 = a veces la utilizo 3 = la utilizo regularmente

4= la utilizo siempre

18. **1800 Ayuda con el autocuidado**

Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

19. **4470 Ayuda en la modificación de sí mismo**

Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

20. **4680 Biblioterapia**

Utilización terapéutica de la literatura para potenciar la expresión de sentimientos y resolución activa de problemas, afrontamiento o introspección

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

21. **5860 Biorretroalimentación**

Ayudar al paciente a asumir el control voluntario de las respuestas fisiológicas utilizando la retroalimentación de un equipo electrónico que monitoriza procesos fisiológicos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

22. **0840 Cambio de posición**

Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

23. **5480 Clarificación de valores**

Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

24. **7710 Colaboración con el médico**

Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

25. **7910 Consulta**

Uso de los conocimientos técnicos para trabajar con aquellos individuos que solicitan ayuda en la resolución de problemas para permitir que individuos, familias, grupos o instituciones alcancen los objetivos identificados

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

26. **8180 Consulta por teléfono**

Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

27. **5460 Contacto**

Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

28. **2395 Control de la medicación**

Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con la prescripción al ingreso, traslado y /o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

29. **5330 Control del estado de ánimo**

Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionante deprimido o eufórico

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

30. **0430 Control intestinal**

Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

31. **5310 Dar esperanza**

Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

32. **8100 Derivación**

Hacer los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o institución

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

33. **5820 Disminución de la ansiedad**

Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

34. 5900 Distracción

Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos sensaciones indeseables.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

35. 7920 Documentación

Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

36. 5510 Educación para la salud

Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

37. 4364 Elogio

Proporcionar afirmaciones de estimación y admiración para identificar y resaltar los puntos fuertes y capacidades presentes en el individuo, la familia o la comunidad

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

38. 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito

Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

39. 5604 Enseñanza: grupo

Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

40. **5606 Enseñanza: individual**

Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

41. **5616 Enseñanza: medicamentos prescritos**

Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

42. **5602 Enseñanza: proceso de enfermedad**

Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

43. **5840 Entrenamiento autógeno**

Ayuda con la autogestión sobre sensación de pesadez y calor con el objeto de inducir la relajación

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

44. **4920 Escucha activa**

Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

45. **1340 Estimulación cutánea**

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con el objeto de disminuir signos y síntomas indeseables, como dolor, espasmo muscular, inflamación o náuseas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

46. **1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)**

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes por medio de pulsos eléctricos controlados de baja tensión

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

47. **5922 Facilitar la autohipnosis**

Enseñar y controlar el uso de un estado hipnótico autoinducido para un beneficio terapéutico

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

48. **4480 Facilitar la autorresponsabilidad**

Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

49. **5960 Facilitar la meditación**

Facilitar que una persona modifique su nivel de consciencia centrándose específicamente en una imagen o pensamiento

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

50. **7110 Fomentar la implicación familiar**

Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

51. **0140 Fomentar la mecánica corporal**

Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

52. **0200 Fomento del ejercicio**

Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

53. **5430 Grupo de apoyo**

Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

54. **5920 Hipnosis**

Ayudar al paciente a conseguir un estado de concentración atenta y centrada con suspensión parcial de la conciencia periférica para crear cambios de la sensibilidad, los pensamientos o la conducta

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

56. **5320 Humor**

Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo con el fin de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar el aprendizaje o enfrentarse a sentimientos dolorosos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

57. **6000 Imaginación simple dirigida**

Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables.

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

58. **0910 Inmovilización**

Estabilización, inmovilización y/o protección de una parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

59. **4740 Llevar un diario**

Promover la escritura como medio para proporcionar oportunidades para la reflexión y el análisis de sucesos pasados, experiencias, pensamientos y sentimientos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho 4 = la utilizo siempre

60. **6480 Manejo ambiental**

Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

61. **0180 Manejo de la energía**

Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

62. **2380 Manejo de la medicación**

Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

63. **1400 Manejo del dolor**

Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

64. **1260 Manejo del peso**

Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4 = la utilizo siempre

65. **1480 Masaje**

Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

66. **5395 Mejora de la autoconfianza**

Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

67. **5220 Mejora de la imagen corporal**

Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del pacientes hacia su cuerpo

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

68. **5230 Mejorar el afrontamiento**

Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

69. **1850 Mejorar el sueño**

Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

70. **6680 Monitorización de los signos vitales**

Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

71. 1160 Monitorización nutricional

Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

72. 4400 Musicoterapia

Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

73. 5400 Potenciación de la autoestima

Ayudar al paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

74. 5100 Potenciación de la socialización

Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

75. 5370 Potenciación de roles

Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

76. 2390 Prescribir medicación (revisión en 2004)

Prescribir medicación para un problema de salud

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

77. 8086 Prescripción: tratamiento no farmacológico

Solicitud de tratamiento no farmacológico para un problema de salud

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

78. 5340 Presencia

Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

79. 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas

Prevenir un estilo de vida que incurra en el alcoholismo y el consumo de drogas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

80. 6340 Prevención del suicidio

Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

81. 4700 Reestructuración cognitiva

Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

82. 1520 Reiki

Utilización de una secuencia específica de posición de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vital universal con el fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

83. 1460 Relajación muscular progresiva

Facilitar la tensión y relajación de grupos musculares sucesivos mientras se presta atención a las diferencias de sensibilidad resultantes

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

84. 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados

Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales sanitarios de otras disciplinas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

85. 8190 Seguimiento telefónico

Usar la vía telefónica para dar los resultados de una prueba o evaluar la respuesta del paciente y determinar posibles problemas como resultado del tratamiento, exploración o prueba previa

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

86. 1390 Tacto curativo

Aplicar una terapia de biocampo no invasiva mediante el tacto y la intencionalidad compasiva para influir en el sistema de energía de la persona, afectando a su salud y curación física, emocional, mental y espiritual

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

87. 5465 Tacto terapéutico

Sintonizar con el campo de energía universal tratando de actuar como una influencia curativa usando la sensibilidad natural de las manos y pasándolas sobre el cuerpo para concentrar, dirigir y modular el campo de energía del ser humano

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

88. 4320 Terapia asistida con animales

Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho

4= la utilizo siempre

89. 4310 Terapia de actividad

Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

90. 0221 Terapia de ejercicios: ambulación

Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o establecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

91. 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular

Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

92. 5360 Terapia de entretenimiento

Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las habilidades sociales

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

93. 5450 Terapia de grupo

Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluida la utilización de interacciones entre los miembros del grupo

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

94. 6040 Terapia de relajación

Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

95. **6650 Vigilancia**

Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

96. **5328 Visitas domiciliarias de apoyo**

Escuchar de forma empática para comprender con sinceridad la situación del paciente y trabajar de forma colaborativa a lo largo de varias visitas domiciliarias para identificar y elaborar soluciones con el fin de reducir los síntomas depresivos

0 = nunca la utilizo 1 = la utilizo poco 2 = la utilizo ni mucho, ni poco 3 = la utilizo mucho
4= la utilizo siempre

97. **¿Sueles registrar todas las intervenciones NIC que utilizas en la historia del paciente?**

0 = nunca registro 1 = registro poco 2 = registro ni mucho, ni poco 3 = registro mucho
4= registro siempre

ANEXO 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO A LAS RESPONSABLES DE ENFERMERÍA

Estudio de la Intervención Enfermera en el Dolor Crónico

Estimada/o compañera/o,

Estoy trabajando en un estudio que servirá para desarrollar mi tesis doctoral sobre las Intervenciones Enfermeras en el Dolor Crónico No Oncológico en el ámbito de Atención Primaria. Me refiero al dolor crónico no oncológico en personas adultas ≥ 18 años.

Quería pedir tu colaboración como responsable de Enfermería para que comuniques a las enfermeras de tu Centro que en estos días recibirán un correo desde ccinvestigacion@salud.madrid.org , a través del correo corporativo, con un link que les llevará al cuestionario a responder, y que solo les ocupará 15 minutos aproximadamente.

Este cuestionario se compone de diferentes Intervenciones Enfermeras (NIC) relacionadas con el cuidado de las personas con dolor, y que ha sido realizado para este estudio cuyo objetivo es ***Identificar cuáles son las intervenciones de enfermería NIC desarrolladas por la enfermera/o en Atención Primaria, ante una persona con Dolor Crónico No Oncológico.***

Os garantizo que vuestras respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas.

El hecho de contestar al cuestionario significará el consentimiento para utilizar los datos que surjan, en este estudio del que te hablo.

A veces tenemos el buzón lleno y hace que los correos no lleguen, por ello esta nota.

Para mí es de gran importancia llegar al máximo de enfermeras, para hacer esta investigación posible, y con ello, parte de mi tesis doctoral.

Gracias por tu colaboración,

Manuela Monleón Just

Enfermera asistencial. DANO. Atención Primaria

Tlf.639185416

Si tienes alguna duda puedes contactar conmigo en: manuela.monleon@salud.madrid.org

ANEXO 3. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO A LA ENFERMERA/O (CUESTIONARIO)

Estudio de la Intervención Enfermera en el Dolor Crónico

Estimada/o compañera/o,

Estoy trabajando en un estudio que servirá para desarrollar mi tesis doctoral sobre las Intervenciones Enfermeras en el Dolor Crónico No Oncológico en el entorno de Atención Primaria.

Quería pedir tu colaboración para contestar un cuestionario que te llevará aproximadamente 15 minutos. Se compone de diferentes Intervenciones Enfermeras (NIC) relacionadas con el cuidado de las personas con dolor crónico.

Te garantizo que tus respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas.

El hecho de contestar al cuestionario significará tu consentimiento para utilizar los datos de respuesta en el estudio del que te hablo.

Te pido que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible. Solo tienes que elegir una respuesta entre las posibilidades que se dan, y que sería la opción que más se ajuste al nivel de uso de la intervención por tu parte. Me refiero a la frecuencia de la intervención cuando atiendes a una persona con Dolor Crónico No Oncológico, y no a que el registro sea el correcto y quede o no registrado en el Plan de Cuidados de la historia clínica.

Gracias por tu colaboración,

Manuela Monleón Just
Enfermera asistencial.
DANO. Atención Primaria

Si tienes alguna duda puedes contactar conmigo en: manuela.monleon@salud.madrid.org



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia Asistencial de Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**

Informe de la Comisión Central de Investigación

Código de Protocolo: 08/16.

Título: Estudio de la intervención enfermera en el dolor crónico.

Investigador Principal: Manuela Monleón Just (Enfermera ESAPD Legazpi), doctorando UCM.

Promotor: Gerencia Asistencial de Atención Primaria.


La **Comisión Central de Investigación**, en su reunión del miércoles 16 de marzo de 2016, según consta en el Acta 03/16, **INFORMA FAVORABLEMENTE** sobre la realización de dicho estudio en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 17 de Marzo de 2016

La Secretaria y Presidenta en funciones

de la Comisión Central de Investigación

Fdo.: Esperanza Escortell Mayol


GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA
Plaza Carlos Trias Bertrán, 7
28002 Madrid

ANEXO. 5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 00133. *DOLOR CRÓNICO* POR CENTRO DE SALUD. AP. SERMAS

Centro de salud	N	% del total DdE_DC
C.S. GENERAL RICARDOS	267	8,45
C.S. JAZMIN	103	3,26
C.S. SOTO DEL REAL	56	1,77
C.S. LUCERO	54	1,71
C.S. BUENOS AIRES	53	1,68
C.S. BARAJAS	44	1,39
C.S. NAVALCARNERO	43	1,36
C.S. CIUDAD JARDIN	42	1,33
C.S. PEÑA PRIETA	41	1,30
Belmonte de Tajo	40	1,27
C.S. SEGOVIA	40	1,27
C.S. BARRIO DEL PILAR	38	1,20
C.S. DR. CASTROVIEJO	37	1,17
C.S. ENTREVÍAS	37	1,17
C.S. CACERES	35	1,11
C.S. NUÑEZ MORGADO	35	1,11
C.S. ROSA LUXEMBURGO	35	1,11
Villanueva de Perales	34	1,08
C.S. MAR BALTICO	33	1,04
C.S. GUAYABA	32	1,01
C.S. JOSE MARIA LLANOS	32	1,01
C.S. IBIZA	31	0,98
C.S. VICALVARO - ARTILLEROS	31	0,98
C.S. RAMON Y CAJAL	27	0,85

C.S. MONOVAR	26	0,82
C.S. PACIFICO	26	0,82
C.S. PANADERAS	26	0,82
C.S. ALICANTE	25	0,79
C.S. DOCTOR PEDRO LAIN ENTRALGO	25	0,79
C.S. LAS CALESAS	25	0,79
Fuente el Saz	25	0,79
C.S. EL PARDO	24	0,76
C.S. ARROYO DE LA VEGA	23	0,73
C.S. DELICIAS	23	0,73
C.S. FRANCIA	23	0,73
C.S. LOS YEBENES	23	0,73
C.S. ORCASUR	22	0,70
C.S. NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	21	0,66
C.S. PUERTA DEL ANGEL	20	0,63
C.S. INFANTA MERCEDES	19	0,60
C.S. MARIA JESUS HEREZA	19	0,60
C.S. CEA BERMUDEZ	18	0,57
C.S. LOS CARMENES	18	0,57
C.S. ORCASITAS	18	0,57
Villamantilla	18	0,57
C.S. EMBAJADORES	17	0,54
C.S. PASEO IMPERIAL	17	0,54
C.S. DR. TAMAMES	16	0,51
C.S. LAS OLIVAS	16	0,51
C.S. LAVAPIES	16	0,51
C.S. SAN FERNANDO	16	0,51

C.S. CASA DE CAMPO	15	0,47
C.S. FRONTERAS	15	0,47
C.S. LAS CORTES	15	0,47
C.S. CIEMPOZUELOS	14	0,44
C.S. CUZCO	14	0,44
C.S. LEGAZPI	14	0,44
C.S. MAQUEDA	14	0,44
C.S. CARAMUEL	13	0,41
C.S. GOYA	13	0,41
C.S. JOSE MARVA	13	0,41
C.S. SANTA ISABEL	13	0,41
C.S. DR. TRUETA	12	0,38
C.S. REINA VICTORIA	12	0,38
Colmenar del Arroyo	12	0,38
C.S. ABRANTES	11	0,35
C.S. CASTILLA LA NUEVA	11	0,35
C.S. COLMENAR VIEJO NORTE	11	0,35
C.S. FEDERICA MONTSENY	11	0,35
C.S. JUNCAL	11	0,35
C.S. LAS AMERICAS	11	0,35
C.S. LOS ALPERCHINES	11	0,35
C.S. LOS ROSALES	11	0,35
C.S. PERALES DEL RIO	11	0,35
C.S. SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS	11	0,35
C.S. SANTA HORTENSIA	11	0,35
C.S. VILLABLANCA	11	0,35
Villar del Olmo	11	0,35
C.S. ALGETE	10	0,32

C.S. CANILLEJAS	10	0,32
C.S. CARABANCHEL ALTO	10	0,32
C.S. COLLADO VILLALBA ESTACION	10	0,32
C.S. EL RESTON	10	0,32
C.S. ELOY GONZALO	10	0,32
C.S. MIGUEL DE CERVANTES	10	0,32
C.S. NUMANCIA	10	0,32
C.S. PARROCO JULIO MORATE	10	0,32
C.S. PAVONES	10	0,32
C.S. PRESENTACION SABIO	10	0,32
C.S. SILVANO	10	0,32
Daganzo de Arriba	10	0,32
Serranillos del Valle	10	0,32
C.L. Antonio Leyva	9	0,28
C.S. BARCELONA	9	0,28
C.S. BENITA DE AVILA	9	0,28
C.S. BUSTARVIEJO	9	0,28
C.S. CAMPAMENTO	9	0,28
C.S. EL SOTO	9	0,28
C.S. GARCIA NOBLEJAS	9	0,28
C.S. GREGORIO MARAÑON	9	0,28
C.S. LA VENTILLA	9	0,28
C.S. LUIS VIVES	9	0,28
C.S. REYES CATOLICOS	9	0,28
C.S. SIERRA DE GUADARRAMA	9	0,28
C.S. TORRELAGUNA	9	0,28
Sevilla la Nueva	9	0,28
C.S. ADELFA	8	0,25

C.S. ALAMEDA	8	0,25
C.S. ARAVACA	8	0,25
C.S. CERRO ALMODOVAR	8	0,25
C.S. GANDHI	8	0,25
C.S. JAIME VERA - LEGANES	8	0,25
C.S. JOAQUIN RODRIGO	8	0,25
C.S. JUAN DE AUSTRIA	8	0,25
C.S. MECO	8	0,25
C.S. MEJORADA DEL CAMPO	8	0,25
C.S. PUERTA DE MADRID	8	0,25
C.S. RAFAEL ALBERTI	8	0,25
C.S. SAN BLAS	8	0,25
C.S. SAN FERMIN	8	0,25
C.S. V CENTENARIO	8	0,25
C.S. VILLA DE VALLECAS	8	0,25
Ajalvir	7	0,22
Batres	7	0,22
C.S. ARANJUEZ	7	0,22
C.S. CIUDAD SAN PABLO	7	0,22
C.S. COLMENAR VIEJO SUR	7	0,22
C.S. FUENCARRAL	7	0,22
C.S. GALAPAGAR	7	0,22
C.S. LOS ALPES	7	0,22
C.S. MARIA DE GUZMAN	7	0,22
C.S. MIRASIERRA	7	0,22
C.S. VILLAAMIL	7	0,22
Valdemaqueda	7	0,22
C.S. BARTOLOME GONZALEZ	6	0,19

C.S. CARMEN CALZADO	6	0,19
C.S. CIUDADES	6	0,19
C.S. DOS DE MAYO	6	0,19
C.S. ISABEL II	6	0,19
C.S. JAIME VERA - COSLADA	6	0,19
C.S. JUAN DE LA CIERVA	6	0,19
C.S. LA CHOPERA	6	0,19
C.S. LA VEREDILLA	6	0,19
C.S. LINNEO	6	0,19
C.S. MANUEL MERINO	6	0,19
C.S. MIRAFLORES	6	0,19
C.S. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	6	0,19
C.S. PARACUELLOS DE JARAMA	6	0,19
C.S. VALLE INCLAN	6	0,19
Moralzarzal	6	0,19
C.S. ALMENDRALES	5	0,16
C.S. BAVIERA	5	0,16
C.S. CADALSO DE LOS VIDRIOS	5	0,16
C.S. CAMPO DE LA PALOMA	5	0,16
C.S. CASTELLO	5	0,16
C.S. DAROCA	5	0,16
C.S. EL BERCIAL	5	0,16
C.S. EL ESPINILLO	5	0,16
C.S. EL GRECO	5	0,16
C.S. FUENTELARREINA	5	0,16
C.S. LOS FRESNOS	5	0,16
C.S. M. ANGELES LOPEZ GOMEZ	5	0,16

C.S. MANZANARES EL REAL	5	0,16
C.S. MARIA AUXILIADORA	5	0,16
C.S. MARQUES DE LA VALDAVIA	5	0,16
C.S. MONTERROZAS	5	0,16
C.S. PERALES DE TAJUÑA	5	0,16
C.S. PUERTA BONITA	5	0,16
C.S. SAN ANDRES	5	0,16
C.S. SANTA MONICA	5	0,16
C.S. SOMOSAGUAS	5	0,16
C.S. TORITO	5	0,16
C.S. TORRELODONES	5	0,16
Loeches	5	0,16
Mingorrubio	5	0,16
Miraflores de la Sierra	5	0,16
Nuevo Baztán	5	0,16
Pelayos de la Presa	5	0,16
C.S. AVENIDA DE ARAGON	4	0,13
C.S. CERRO DEL AIRE	4	0,13
C.S. CONDES DE BARCELONA	4	0,13
C.S. DR. MENDIGUCHIA CARRICHE	4	0,13
C.S. EL MOLAR	4	0,13
C.S. ESTRECHO DE COREA	4	0,13
C.S. FELIPE II	4	0,13
C.S. GETAFE NORTE	4	0,13
C.S. LA PAZ	4	0,13
C.S. LAS AGUILAS	4	0,13
C.S. LAS ROZAS - EL ABAJON	4	0,13

C.S. LONDRES	4	0,13
C.S. PARQUE LORANCA	4	0,13
C.S. POTES	4	0,13
C.S. POZUELO-ESTACION	4	0,13
C.S. SECTOR EMBARCACIONES	4	0,13
C.S. SEGRE	4	0,13
C.S. TORRES DE LA ALAMEDA	4	0,13
C.S. VALDEZARZA	4	0,13
C.S. VALLEAGUADO	4	0,13
C.S. VILLA DEL PRADO	4	0,13
C.S. VIRGEN DE BEGOÑA	4	0,13
Camarma de Esteruelas	4	0,13
CONS. INFANTE DON LUIS DE BORBON	4	0,13
El Alamo	4	0,13
San Agustín de Guadalix	4	0,13
Brunete	3	0,09
C.S. ALAMEDA DE OSUNA	3	0,09
C.S. ARGANDA DEL REY	3	0,09
C.S. ARROYO MEDIALEGUA	3	0,09
C.S. CANAL DE PANAMA	3	0,09
C.S. COLLADO VILLALBA PUEBLO	3	0,09
C.S. COLMENAR DE OREJA	3	0,09
C.S. DOCTOR CIRAJAS	3	0,09
C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ	3	0,09
C.S. ESPRONCEDA	3	0,09
C.S. JUSTICIA	3	0,09
C.S. LA CABRERA	3	0,09

C.S. LA PLATA	3	0,09
C.S. MARIA MONTESSORI	3	0,09
C.S. MARIE CURIE	3	0,09
C.S. MARTIN DE VARGAS	3	0,09
C.S. QUINCE DE MAYO	3	0,09
C.S. REYES MAGOS	3	0,09
C.S. SAN CRISTOBAL	3	0,09
C.S. SAN JUAN DE LA CRUZ	3	0,09
C.S. SECTOR III	3	0,09
C.S. VALDEBERNARDO	3	0,09
C.S. VALDEMORO	3	0,09
C.S. VICENTE SOLDEVILLA	3	0,09
C.S. VILLAVICIOSA DE ODON	3	0,09
C.S. VIRGEN DEL CORTIJO	3	0,09
Cubas de la Sagra	3	0,09
Morata de Tajuña	3	0,09
Navalafuente	3	0,09
Quijorna	3	0,09
Alameda del Valle	2	0,06
Ambite	2	0,06
Arroyomolinos	2	0,06
C.S. AQUITANIA	2	0,06
C.S. ARGANDA - FELICIDAD	2	0,06
C.S. ARGÜELLES	2	0,06
C.S. BRUJULA	2	0,06
C.S. COMILLAS	2	0,06
C.S. ENSANCHE DE VALLECAS	2	0,06
C.S. GENERAL FANJUL	2	0,06

C.S. GRIÑON	2	0,06
C.S. GUZMAN EL BUENO	2	0,06
C.S. LOS ANGELES	2	0,06
C.S. LOS CASTILLOS	2	0,06
C.S. MIGUEL SERVET	2	0,06
C.S. NAVAS DEL REY	2	0,06
C.S. PALMA NORTE	2	0,06
C.S. PARQUE COIMBRA	2	0,06
C.S. POTOSI	2	0,06
C.S. ROBLEDO DE CHAVELA	2	0,06
C.S. SAN CARLOS	2	0,06
C.S. SANCHINARRO	2	0,06
C.S. TRES CANTOS	2	0,06
C.S. VALDELASFUENTES	2	0,06
C.S. VALLE DE LA OLIVA	2	0,06
C.S. VICENTE MUZAS	2	0,06
Collado Mediano	2	0,06
El Escorial	2	0,06
Fresnedillas de la Oliva	2	0,06
Fuentidueña de Tajo	2	0,06
Guadalix de la Sierra	2	0,06
Las Matas	2	0,06
Los Arroyos	2	0,06
Lozoya del Valle	2	0,06
Lozoyuela	2	0,06
Moraleja de Enmedio	2	0,06
Rivas	2	0,06
Villalbilla	2	0,06

Villamanta	2	0,06
Villavieja del Lozoya	2	0,06
Zulema	2	0,06
Alalpardo	1	0,03
Alpedrete	1	0,03
Becerril de la Sierra	1	0,03
Bustarviejo	1	0,03
C.S. ALCALA DE GUADAIRA	1	0,03
C.S. ANGELA URIARTE	1	0,03
C.S. BUITRAGO DEL LOZOYA	1	0,03
C.S. CAMPO REAL	1	0,03
C.S. CIUDAD PERIODISTAS	1	0,03
C.S. EL NARANJO	1	0,03
C.S. GUADARRAMA	1	0,03
C.S. HUERTA DE LOS FRAILES	1	0,03
C.S. HUMANES	1	0,03
C.S. LA GARENA	1	0,03
C.S. LA RIVOTA	1	0,03
C.S. LOS PINTORES	1	0,03
C.S. MARTINEZ DE LA RIVA	1	0,03
C.S. PARQUE EUROPA	1	0,03
C.S. PINTO	1	0,03
C.S. PRINCIPE DE VERGARA	1	0,03
C.S. SAN MARTIN DE LA VEGA	1	0,03
C.S. SANCHEZ MORATE	1	0,03
C.S. VENTURA RODRIGUEZ	1	0,03
C.S. VILLANUEVA DE LA CAÑADA	1	0,03
C.S. VILLAREJO DE SALVANES	1	0,03

Carabaña	1	0,03
Casarrubuelos	1	0,03
Cenicientos	1	0,03
Cerceda	1	0,03
Colmenarejo	1	0,03
El Berrueco	1	0,03
El Vellón	1	0,03
Estremera	1	0,03
Los Hueros	1	0,03
Los Molinos	1	0,03
Orusco de Tajuña	1	0,03
Oteruelo	1	0,03
Patones	1	0,03
Pedrezuela	1	0,03
Pinilla de Buitrago	1	0,03
Pozuelo del Rey	1	0,03
Robledillo de la Jara	1	0,03
San Mamés	1	0,03
Santa María de la Alameda - Estación	1	0,03
Titulcia	1	0,03
Torrejón de la Calzada	1	0,03
Torrejón de Velasco	1	0,03
Valdemorillo	1	0,03
Valdetorres	1	0,03
Valverde de Alcalá	1	0,03
Zarzalejo estación	1	0,03
Total	3158	100,0

Tabla 51. Nº de DdE por centro de salud y ambulatorio. AP. SERMAS

ANEXO. 6. EPISODIOS CIAP RELACIONADOS CON EL 00133.DOLOR CRÓNICO

CIAP	N	%
L99	340	10,77
L86	257	8,14
NO CONSTA	218	6,90
EVOLUCION	197	6,24
L03	167	5,29
L84	141	4,46
A01	132	4,18
L91	108	3,42
L15	102	3,23
L95	94	2,98
A99.01	89	2,82
L88	79	2,50
L28	72	2,28
A99	71	2,25
L18.01	65	2,06
K86	64	2,03
L13	49	1,55
L92	49	1,55
L01	39	1,23
L02	36	1,14
L14	29	0,92
L08	28	0,89
L20	27	0,85
T90	22	0,70

N99	21	0,66
K95	20	0,63
Z31	17	0,54
A79	16	0,51
L04	16	0,51
P76	16	0,51
L76	15	0,47
L17	14	0,44
R84	13	0,41
L18	12	0,38
L83	12	0,38
T82	12	0,38
A13	10	0,32
A28.01	10	0,32
D01	10	0,32
K92	10	0,32
L90	10	0,32
N89	10	0,32
L85	9	0,28
S97	9	0,28
Y77	9	0,28
D75	8	0,25
K99	8	0,25
L75	8	0,25
D76	7	0,22
L97	7	0,22
L98	7	0,22
S16	7	0,22
U76	7	0,22

H81	6	0,19
K74	6	0,19
L12	6	0,19
N92	6	0,19
P01	6	0,19
P02	6	0,19
X76	6	0,19
Z11	6	0,19
A97	5	0,16
D91	5	0,16
D99	5	0,16
K78	5	0,16
K85	5	0,16
K87	5	0,16
S18	5	0,16
S70	5	0,16
T92	5	0,16
T93	5	0,16
A04	4	0,13
B03	4	0,13
B74	4	0,13
B85	4	0,13
D74	4	0,13
K94	4	0,13
L09	4	0,13
L89	4	0,13
N01	4	0,13
N93	4	0,13
S91	4	0,13

X77	4	0,13
Z03	4	0,13
Z32	4	0,13
A82	3	0,09
A88	3	0,09
D27	3	0,09
D77	3	0,09
D82	3	0,09
D97	3	0,09
K07	3	0,09
K71	3	0,09
K90	3	0,09
L70	3	0,09
L72	3	0,09
L94	3	0,09
L96	3	0,09
N06	3	0,09
N86	3	0,09
P05	3	0,09
P20	3	0,09
R95	3	0,09
S04	3	0,09
T86	3	0,09
X11	3	0,09
Z10	3	0,09
A01.01	2	0,06
A89	2	0,06
D19	2	0,06
D20	2	0,06

D84	2	0,06
D89	2	0,06
K75	2	0,06
L71	2	0,06
L74	2	0,06
L80	2	0,06
L82	2	0,06
L93	2	0,06
N02	2	0,06
N17	2	0,06
N81	2	0,06
N87	2	0,06
N94	2	0,06
P06	2	0,06
P17	2	0,06
P74	2	0,06
R05	2	0,06
R85	2	0,06
S01	2	0,06
S09	2	0,06
U75	2	0,06
X19	2	0,06
X75	2	0,06
XXX	2	0,06
Y85	2	0,06
Z29	2	0,06
A06	1	0,03
A10	1	0,03
A14	1	0,03

A26	1	0,03
A80	1	0,03
A81	1	0,03
A85	1	0,03
A87	1	0,03
B02	1	0,03
B72	1	0,03
B80	1	0,03
B83	1	0,03
B90	1	0,03
D06	1	0,03
D13	1	0,03
D21	1	0,03
D81	1	0,03
D92	1	0,03
D96	1	0,03
D98	1	0,03
F05	1	0,03
F83	1	0,03
F99	1	0,03
H70	1	0,03
H71	1	0,03
H86	1	0,03
K02	1	0,03
K03	1	0,03
K77	1	0,03
K82	1	0,03
K89	1	0,03
K93	1	0,03

L11	1	0,03
L16	1	0,03
L29	1	0,03
L73	1	0,03
L77	1	0,03
L81	1	0,03
L87	1	0,03
N18	1	0,03
N19	1	0,03
N26	1	0,03
N74	1	0,03
N75	1	0,03
N90	1	0,03
P08	1	0,03
P70	1	0,03
P72	1	0,03
P77	1	0,03
R01	1	0,03
R74	1	0,03
R75	1	0,03
R77	1	0,03
R78	1	0,03
S22	1	0,03
S23	1	0,03
S77	1	0,03
S94	1	0,03
S99	1	0,03
T71	1	0,03
T83	1	0,03

U71	1	0,03
U78	1	0,03
U85	1	0,03
U99	1	0,03
W78	1	0,03
X16	1	0,03
X84	1	0,03
X99	1	0,03
Z08	1	0,03
Z15	1	0,03
Z21	1	0,03
Z28	1	0,03
Total	3158	100,00

Tabla 52. Episodios CIAP relacionado con 00133. Dolor crónico